



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



V Curso de Mestrado de Gestão da Saúde

**Reclamações: A sua importância nas Unidades de Saúde Privadas.
Um estudo de caso.**

Cristiana Furtado Firmino

Sob a orientação do Prof. Doutor Luís Graça
e co-orientação de Mestre Isabel Gonçalves

Lisboa, Julho 2011

Trabalho de Investigação para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sob a Orientação do Professor Doutor Luís Graça da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e co-orientação de Mestre Isabel Gonçalves

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Luís Graça, pelo facto de orientar este trabalho, pelos seus conhecimentos, experiência e disponibilidade.

À Mestre Isabel Gonçalves, enfermeira coordenadora da instituição onde se realizou o trabalho e co-orientadora do mesmo, que, com os seus conselhos, me estimulou e encorajou a dar o meu melhor. Agradeço toda a dedicação, exigência e motivação.

Ao Dr. Manuel Cabral, por me ter disponibilizado toda a informação necessária e por me ter ajudado a estabelecer contactos que se revelaram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Conselho de Administração da instituição, gostaria de agradecer a autorização concedida para a realização das entrevistas.

Aos funcionários da instituição, que participaram no estudo.

Aos meus colegas do VCMGS, professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, mas em especial: Elisabete, Elsa, Helena e Telma. Obrigado, pelo companheirismo, força, disponibilidade, conselhos, críticas e sugestões.

Aos meus familiares e amigos, que compreenderam a importância deste Mestrado e sempre me apoiaram (apesar das minhas faltas).

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo, pelo amparo, por estarem sempre presentes nas vicissitudes da realização deste mestrado. O vosso companheirismo teve para mim, um valor incalculável.

Ao Luís, marido, amigo e companheiro, obrigado por tudo, por todo o apoio, críticas, leituras, revisões, mas, sobretudo, pelo incentivo diário para prosseguir.

À minha filha Sara, que privei de certos cuidados, actividades familiares e atenção ao longo deste ano.

ABSTRACT

In Portugal, the private health sector has registered a strong growth. The main factors that explain this phenomenon point to the growing concern of individuals with their health and well-being, increased purchasing power, the possibility of exercising the freedom to choose their healthcare provider, the most comfort provided in healthcare consumption, and also a quicker access to healthcare (in comparison to the public healthcare service).

As a result of all of these factors, on behalf of the private healthcare institutions, there was a need to focus on a complaints management system, capable of quickly responding to the individual's needs, expectations and preferences both as a sick person or as a client. In this scope, we developed a qualitative research study with content analysis. We wanted to understand what those responsible for the management and handling of complaints, thought about the importance of the circuit of the claim, the use of complaints as a management tool and its impact on the strategy of the private healthcare institution.

From the results, it appears that to this date, there is still little relevance to this issue, we verified failures in the circuit of complaints. Today, complaints are not still very used neither viewed as a management tool. Its impact on the institution's strategy, although considered relevant, it has the potential to be improved in a *learning organization* perspective. It would be important to articulate quality strategies with professional's training on complaints domain, the implementation or improvement of the tools used in responding to the client and the sector regulator, and also to redesign the information system circuit in this area.

Keywords: Management; Complaint; Customer; Private Health Institution.

RESUMO

O sector privado da saúde tem registado um forte crescimento em Portugal. Como principais factores apontam-se a crescente preocupação dos indivíduos com a sua saúde, o aumento do poder de compra, a possibilidade de exercer a escolha do seu prestador de cuidados, o maior conforto proporcionado no consumo de cuidados de saúde e o acesso mais rápido a esses cuidados (por comparação com o serviço público).

Em consequência desses factores, existe por parte da instituição privada de saúde a necessidade de apostar num sistema de gestão de reclamações capaz de dar uma resposta rápida às necessidades, expectativas e preferências do indivíduo enquanto doente e cliente. Nesse âmbito, desenvolveu-se um estudo de investigação qualitativo. Recorreu-se à realização de entrevistas semi-estruturadas cujo tratamento foi submetido à técnica de análise de conteúdo. Procurou-se perceber o que pensam os responsáveis pela gestão e tratamento das reclamações acerca da importância do circuito de reclamação, da utilização das reclamações como uma ferramenta de gestão e qual o seu impacto na estratégia da instituição privada de saúde.

Dos resultados obtidos, verifica-se que, à data, dá-se ainda pouca relevância a este tema, observando-se falhas a nível do circuito de reclamação. Hoje, a reclamação é ainda pouco utilizada e perspectivada como uma ferramenta de gestão. O seu impacto na estratégia da instituição, apesar de ser relevante, tem potencial para ser melhorado, na perspectiva da *learning organization*. Seria importante articular as estratégias de qualidade, com a formação dos profissionais na área da reclamação, implementação ou melhoria dos instrumentos utilizados nas respostas ao cliente e à entidade reguladora do sector, bem como com o redesenho do circuito do sistema de informação nesta área.

Palavras-chave: Gestão; Reclamação; Cliente; Instituição Privada de Saúde.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1. A Satisfação do Cliente	7
2.2. A Função da Reclamação	10
2.3. Factores Motivacionais da Reclamação	12
2.4. Atitudes e Comportamentos do Cliente Face à Reclamação	14
2.5. O Modelo da Aprendizagem Organizacional (<i>Learning Organization</i>)..	18
2.6. O Sector Privado da Saúde e a Gestão das Reclamações	24
3. MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1. Problema, Questão de Investigação e Objectivos	31
3.2. Paradigma e Tipo de Estudo	33
3.3. Instrumento de Recolha de Dados	36
3.4. População e Amostra	38
3.5. Implicações Éticas	39
3.6. Tratamento e Análise de Dados	40
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	42
4.1. Circuito das Reclamações	44
4.2. Papel do Gestor de Reclamações	46
4.3. Impacto da Reclamação na Instituição	48
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	50
6. CONCLUSÃO	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ocorrências por Categoria de análise	43
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Atitudes e comportamentos do cliente face à reclamação	15
Quadro 2. Comportamentos de resposta às reclamações	17
Quadro 3. Tipos de justiça percebida pelos clientes	18
Quadro 4. Etapas da análise de conteúdo	41
Quadro 5. Categoria “Circuito de Reclamação”	44
Quadro 6. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Circuito de Reclamação”	45
Quadro 7. Categoria “Papel do Gestor de reclamações”	46
Quadro 8. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Papel do Gestor de reclamações”	47
Quadro 9. Categoria “Impacto da reclamação na Instituição”	48
Quadro 10. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Impacto da reclamação na Instituição”	49

SIGNIFICADO DAS SIGLAS UTILIZADAS

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

ADM – Assistência na Doença aos Militares

AMP – Atendimento Médico Permanente

APHP – Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

CGD – Caixa Geral de Depósitos

DL – Decreto-lei

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GAC – Gabinete de Apoio ao Cliente

IPQ – Instituto Português da Qualidade

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PPP – Parcerias Público-Privadas

PT – Portugal Telecom

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAP – Transportes Aéreos Portugueses

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde 2009/20011 da Escola Nacional de Saúde Pública (Universidade Nova de Lisboa), com vista à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, na vertente Gestão das Organizações de Saúde.

O tema deste trabalho de investigação é **“Reclamações: A sua importância na Unidade de Saúde Privada”**, e tem como objectivos:

- I. Identificar a importância que é dada ao circuito da reclamação pelos profissionais responsáveis pela gestão de reclamações;
- II. Perceber se as reclamações são percepcionadas como uma “ferramenta de gestão” pelos profissionais responsáveis pela gestão de reclamações da instituição;
- III. Compreender até que ponto as reclamações dos clientes têm, ou não, impacto na estratégia da instituição de saúde privada.

Com este trabalho pretende-se, (i) conhecer o que pensam os gestores de uma instituição privada de saúde sobre o processo de reclamação, (ii) quais são os critérios que utilizam na resposta à reclamação e, também, (iii) avaliar se a reclamação é vista como um factor relevante, quer ao nível do gestor, em particular, quer ao nível da instituição em geral.

Parte-se do desígnio que, com este saber, será possível delinear novas estratégias interventivas que contribuam para corrigir falhas e melhorar a gestão dos clientes insatisfeitos, encarando a reclamação como uma ferramenta de gestão nessa instituição privada.

Em Portugal, a prestação dos cuidados de saúde é predominantemente assegurada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, no mercado da saúde assiste-se, cada vez mais, a um aumento do número de operadores do sector privado, facto que conduziu à existência de alguma concorrência/cooperação entre os dois sectores a vários níveis (Dinis, 2008).

São diversos os factores que podem explicar esta situação, mas geralmente, quando o Estado não se revela capaz de dar a resposta mais adequada, ou atempada às necessidades sentidas pela população, deixa espaço de manobra para a iniciativa privada. No caso da saúde, a falta dessa resposta por parte do SNS legitimou a possibilidade dos privados entrarem no sector da saúde.

Este sector privado da saúde tem vivido de uma certa complementaridade com o SNS. Desde a inovação em tecnologias mais sofisticadas, passando pela oferta em áreas supletivas (como é o caso do tratamento da insuficiência renal crónica) ou, ainda, pela oferta de produtos para segmentos da população de elevado rendimento ou com cobertura de seguros de saúde. A sua importância estratégica, tanto a nível económico como social, é evidente. Trata-se de um sector com enorme dinamismo, apostado na profissionalização das suas equipas e comprometido com a qualidade e com a inovação. Basta pensar no impacto sobre a qualidade de vida da população, um dos mais valiosos bens das sociedades modernas (Ribeiro, 2009).

Nas últimas décadas, o ambiente competitivo que envolve as organizações de saúde alterou-se de uma forma vertiginosa devido, sobretudo, à ocorrência de modificações a três níveis: político-social, económico (tanto macro, como micro) e tecnológico. Daí resultaram novos desafios para o sector da prestação de cuidados de saúde. Num mercado fortemente competitivo e concorrencial, a satisfação dos clientes assume extraordinária relevância.

Ao deterem clientes satisfeitos, as instituições potenciam a lealdade e a fidelização por parte dos mesmos e, conseqüentemente, consolidam a estabilidade da instituição no que diz respeito ao leque dos produtos e serviços que podem oferecer aos clientes. Além disso, ter os clientes satisfeitos também ajuda no reforço dos níveis de motivação junto dos próprios colaboradores da instituição que presta o serviço, com as inerentes implicações positivas na sua própria rentabilidade.

Actualmente, considera-se que as pessoas que prestam serviços numa instituição são o seu recurso mais valioso, tal como a motivação dos colaboradores assume uma grande importância para o clima organizacional e para a saúde financeira da instituição (De Geus, 1999).

Em sociedades modernas e evoluídas, os indivíduos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde.

Por essa razão – e, também, porque em mercados concorrenciais o papel da “escuta activa” é cada vez mais importante – os indivíduos devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser devidamente respeitadas, visando satisfazer as suas legítimas necessidades.

Neste contexto, importa destacar o papel da **Gestão das Reclamações** e a importante contribuição que estas podem dar a este nível, uma vez que se trata de um domínio capaz de fornecer *inputs* de gestão sempre reais e actualizados a uma instituição. Devemos ter presente que as reclamações são fontes de informação que, sim, podem ser uma expressão de insatisfação por parte do utilizador ou de um cuidador, mas que, no fundo, também representam sempre uma percepção particular de um acontecimento. As reclamações constituem uma forma de incluir os utilizadores em todos os processos, evoluindo no sentido de permitir aos mesmos um maior acesso às formas possíveis de manifestação quanto aos cuidados de saúde prestados.

Sobre este tema, o “Relatório da Primavera”, elaborado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003), salienta bastante o facto de que a Voz do Cidadão deve ser ouvida e tida em conta naquilo que diz respeito à satisfação das suas necessidades e que têm vindo a ser tomadas cada vez mais medidas no sentido de valorizar a mesma.

Em 2009, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) recebeu um total de 7.848 reclamações relacionadas com os serviços de saúde, das quais 7.702 (98,1%) foram relativas a instituições privadas. As principais queixas prendem-se com os tempos de espera e com a qualidade da assistência administrativa e dos cuidados de saúde.

As reclamações podem, assim, indicar qual o tipo de resposta esperada pelo cliente por parte de uma organização de saúde. Um processo de tratamento de reclamações eficaz e eficiente tem uma larga amplitude, porque reflecte as necessidades e expectativas tanto das organizações que fornecem os serviços/produtos, como daquelas a quem esses mesmos serviços/produtos se destinam. Toda a informação obtida através de um processo de tratamento de reclamações deverá conduzir a melhorias ao nível dos serviços/produtos e dos processos, da mesma forma que, quando correctamente tratada, toda essa informação poderá contribuir igualmente para a melhoria da própria reputação e

imagem de uma organização. A correcta gestão das reclamações afecta muito claramente o sentido de justiça do cliente e interfere, também, com os seus níveis de satisfação e de lealdade para com a organização prestadora de serviços de saúde.

Relativamente à reclamação, esta pode ser identificada como parte integrante de uma estratégia de gestão. De acordo com Nunes (2005), a percepção de que a boa gestão hospitalar reclama centralidade inequívoca do utilizador e de que o fulcro dessa mesma gestão se situa na prestação dos cuidados de saúde, conduz invariavelmente ao moderno conceito de governação clínica, encarada esta como um conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar uma melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus utilizadores. Ou seja, existe uma consequência directa entre o modo como a instituição presta contas aos accionistas e a eficiência com que administra os recursos que lhe são confiados, a nível dos convencionados e das seguradoras.

A gestão das reclamações é um tema relevante e actual, até porque se verifica estarmos perante um mercado cada vez mais competitivo, com concorrência directa. Consciente de que os clientes podem recorrer a outros prestadores na aquisição dos serviços de saúde, torna-se fundamental que a instituição privada seja capaz de gerar internamente os estímulos necessários que determinem uma actuação no sentido de reavaliar a eficácia e eficiência dos processos e tecnologias utilizadas.

O desempenho das organizações de saúde depende fortemente da motivação e do envolvimento dos respectivos colaboradores. Cada vez mais, tende-se a assumir que não são os colaboradores que dependem da organização de saúde, mas antes o contrário: é a organização que depende dos seus colaboradores para conseguir concretizar os seus objectivos, quer estes sejam objectivos de “mercado”, quer sejam objectivos ao nível “societal”.

A minha opção foi a de realizar este estudo numa **instituição de saúde privada**. Em primeiro lugar, porque exerço funções na mesma, facto que me permite uma melhor gestão dos prazos em causa para a sua execução.

Depois, e sobretudo por isso, porque se trata de uma instituição que pertence a um grande grupo económico com uma enorme tradição em Portugal e com um papel cada vez mais activo na criação de valor e de emprego para a economia do país, nomeadamente no universo da área da saúde.

Nesta instituição privada, a responsabilidade é um compromisso assumido à *priori* pela própria instituição e, também, por parte dos profissionais que nela exercem. Esse mesmo compromisso de responsabilidade é, depois, também transposto para os clientes que procuram os seus serviços, pois a finalidade é fazer bem, com absoluto respeito pela integridade da pessoa humana, tendo em mente o paradigma da excelência. Finalmente, mas não menos importante, por considerar que os dados de origem nesta instituição são suficientemente ricos e interessantes para que um trabalho com este âmbito pudesse ser elaborado.

Como reforço, e com base na bibliografia consultada, pude observar que é desde o ano de 2002 (principalmente, a partir de 2007) que se têm realizado mais estudos sobre o tema das reclamações, em grande parte fruto do trabalho da ERS. Nesses termos, considerei tratar-se de um interessante tema de estudo, dado o seu escasso desenvolvimento em Portugal.

Os motivos atrás referidos, a par da minha própria curiosidade intelectual, do interesse pelo tema e do desejo em aumentar o conhecimento nesta área, foram as principais fontes de inspiração para a escolha do mesmo.

Para facilitar a sua leitura e compreensão, este trabalho foi estruturado tendo em conta as várias etapas de um processo de investigação. A primeira parte inclui a introdução e o enquadramento teórico. A segunda parte corresponde à fase empírica do trabalho e compreende a descrição do método, discussão de dados e conclusões.

Esta primeira parte introduz-nos, então, ao tema em análise, à motivação para o estudo, aos objectivos que se pretendem atingir e à estrutura do trabalho.

No segundo capítulo apresenta-se a revisão da literatura, onde se descrevem as diversas temáticas associadas à reclamação. Primeiro, aborda-se de forma sumária o conceito de satisfação, dada a sua relação com o objecto de estudo. De seguida, analisam-se as várias vertentes ligadas à reclamação, desde a sua função, factores e motivação para reclamar, atitudes e comportamentos do cliente face ao acto de reclamar. Importa deter um conhecimento prévio do comportamento dos clientes e de quais as causas que o podem influenciar a recorrer à reclamação.

Seguidamente, aborda-se o modelo das *Learning Organizations*. A opção por este modelo deveu-se ao facto da organização onde se aplicou o estudo empírico

ser uma instituição de saúde privada, que representa um universo com algumas características particulares e de grande complexidade que fazem com que ela difira de outras organizações. Verifica-se, tanto por parte dos colaboradores, como da própria organização, uma exigência para com a realização de tarefas multifacetadas, com preparação, sensatez, serenidade e uma ética inquestionável. É considerado um sistema aberto que, com uma procura cíclica de cuidados de saúde, exige uma organização dinâmica e com um aperfeiçoamento contínuo.

Depois, será abordado o sector privado da saúde. Com uma pujante evolução nos últimos anos, este sector tem ganho uma importante relevância, seja pela alternativa que representa ao serviço público, seja pelo aumento do número de cidadãos com seguro de saúde privado. Em 2008, cerca de 2.2 milhões de portugueses tinham um seguro de saúde, fosse ele de carácter individual ou de grupo (Silva, 2009). No final, será feita também referência à gestão de reclamações e ao tratamento das mesmas dentro da instituição, auxiliando-nos no estudo empírico, indo ao encontro da problemática em estudo: **O Papel da reclamação na instituição de saúde privada.**

No terceiro capítulo apresenta-se o quadro conceptual da metodologia aplicada ao estudo. Justifica-se e apresenta-se o método utilizado, o problema, a questão e os objectivos, paradigma e tipo de estudo, amostra, técnica de recolha dos dados, método de análise dos dados e as implicações éticas que advêm deste tipo de investigação.

O quarto capítulo expõe a análise dos dados e o seu tratamento.

No quinto capítulo faz-se a discussão dos seus resultados à luz da literatura consultada e algumas sugestões, por parte da investigadora, como contributos de melhoria.

Por fim, o sexto capítulo encerra o trabalho, com as conclusões decorrentes do estudo realizado, a ligação aos objectivos do estudo, as limitações encontradas ao longo da investigação e, também, uma orientação para futuros trabalhos e os contributos para a gestão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura, o primeiro tema a ser abordado será o conceito de “Satisfação” e a forma como esta pode influenciar o comportamento do cliente. Depois, será tratada a função da reclamação e os principais factores que lhe estão associados como, por exemplo, as motivações do cliente para reclamar, atitudes, comportamentos e resposta do cliente face à reclamação. É importante procurar perceber todos os factores que contribuem para o acto de reclamar, para que se possam reduzir e/ou minimizar as consequências que daí advêm.

Em seguida, abordaremos o modelo organizacional e a sua importância para o sector privado da saúde e, por último, a gestão de reclamações.

2.1. A Satisfação do Cliente

A satisfação do cliente tornou-se fulcral para as instituições de saúde, uma vez que estas tendem a concentrar esforços para melhorar a qualidade dos seus serviços, procurando, assim, conservar a lealdade dos seus clientes num mercado cada vez mais competitivo como é o da área da saúde.

A palavra “satisfação” provém do latim *satís* (suficiente) e *facere* (fazer) (Rust, Zahorik e Keiningham, 1996). Este termo é bastante complexo e acarreta sempre consigo uma envolvente de comparação, avaliação e emoção.

De uma forma mais complexa, a “satisfação” é a resposta do consumidor à evolução da discrepância percebida entre as suas expectativas iniciais (*a priori*) e a performance actual do produto, percebida depois de ser consumido (Tse e Wilton, 1988). O senso comum atribui ao termo “satisfação” o significado de um sentimento que foi adequadamente concretizado pela realização das expectativas, necessidades ou desejos de um indivíduo (Oliver, 1997). Ter-se-á satisfação sempre que o cliente considere que recebeu o mesmo ou mais do que aquilo que era a sua expectativa inicial. A satisfação de um cliente relativamente a um serviço que lhe é prestado só acontece quando a avaliação que ele faz desse serviço (ou a sua percepção) é igual ou superior àquilo que ele esperava que o mesmo fosse (ou a sua expectativa), (Churchil e Surprenant, 1982).

Nesta linha de pensamento, os mesmos autores referem que o foco da organização deverá centrar-se na identificação dos requisitos dos clientes, ou seja, das necessidades e expectativas que os clientes pretendem ver satisfeitas com a aquisição de determinado bem ou com a prestação de determinado serviço.

A satisfação é fundamental como indicador crítico para a *performance* da instituição, tendo sido indicada por vários autores como fundamental no fomento da lealdade e do lucro (Jones e Sasser, 1995; Zeithaml e Bitner, 2000). Esta lealdade pode ser vista como um compromisso profundo para uma reutilização de um determinado produto/serviço de forma consistente no futuro (Oliver, 1997). Assim, a relação entre a satisfação e a lealdade pode ser analisada sobre o seguinte prisma: sendo a satisfação um estado de contentamento, e para que a mesma afecte a lealdade, é necessário que se verifique uma satisfação frequente ou cumulativa (Oliver, 1997).

Um outro factor inerente à satisfação do cliente é o mecanismo conhecido como “passa-palavra positivo” (Davidow, 2003). Este mecanismo revela-se muito eficaz para fazer o *marketing* dos seus serviços, porque os futuros clientes (potenciais) acreditam muito mais na opinião daqueles que já o são, isto é, daqueles que já experimentaram determinado serviço (Davidow, 2003). Efectivamente, trata-se de um mecanismo bastante eficiente para ajudar a promover o desempenho de uma instituição, permitindo gerar bons resultados com custos mínimos (ou praticamente inexistentes) a nível de recursos, uma vez que esse *marketing* é feito pelos próprios clientes (Davidow, 2003).

Segundo Rosário (2010), os clientes dão importância à satisfação porque: (i) é um estado desejável de consumo; (ii) permite antecipar a tomada de decisões, de forma a rectificar uma situação insatisfatória; e, além disso, (iii) permite o *empowerment* do cliente, uma vez que atesta a capacidade que cada um tem na tomada de decisão.

Portanto, parece ser indiscutível que as instituições de saúde devem estar muito atentas no que diz respeito à satisfação do cliente, pois este factor irá contribuir para os resultados positivos na avaliação dos serviços prestados. Naturalmente, a insatisfação é um factor a evitar.

A insatisfação dos clientes ocorre quando o produto/serviço recebido fica aquém do esperado e, portanto, não vai ao encontro das expectativas iniciais do cliente (Cadotte e Turgeon, 1988).

Esta situação poderá levar a um passa-palavra de carácter negativo, dificultando a retenção e atracção de clientes, logo afectará a saúde financeira, a imagem e a marca da instituição. Os clientes ficam mais sensíveis à concorrência, procurando o mesmo serviço ou produto noutras instituições de saúde.

O factor insatisfação representa um maior impacto e vários estudos sugerem que, para que uma situação insatisfatória fique resolvida, será necessário realizar vários actos satisfatórios para compensar essa insatisfação (Andrzejewski e Laguna, 1997). Também se realça o facto de situações insatisfatórias serem reportadas e encaradas com muito mais impacto do que as satisfatórias (Davidow, 2000). Nos pontos anteriores, já foi referido que a insatisfação surge quando não se verifica uma correspondência directa entre a percepção com que se fica após a utilização de um produto/serviço e a expectativa inicial que se tinha em relação a esse mesmo produto/serviço. Por essa razão, devemos igualmente destacar que uma situação crítica, quando tratada de forma correcta, oferece excelentes oportunidades para demonstrar que a empresa “vale a pena”.

A forma como uma instituição reage, ou não, perante uma situação crítica faz com que o cliente desenvolva uma especial opinião sobre essa instituição. Nos casos em que a instituição desbloqueia a situação crítica de uma forma que o cliente considera satisfatória, frequentemente o principal fenómeno que daí resulta é o facto de o cliente descobrir, então, novas “qualidades” nesse fornecedor: ele modifica a sua opinião e cria uma nova (e mais positiva) imagem acerca da instituição.

A qualidade em saúde apresenta duas dimensões principais e que respeitam os aspectos técnicos e humanos: o primeiro consiste nos conhecimentos científicos e tecnológicos aplicados aos cuidados de saúde e o segundo vai de encontro à satisfação das necessidades das pessoas que recorrem aos serviços.

O Instituto Português da Qualidade (IPQ) é a entidade nacional responsável pela coordenação, gestão geral e desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade (SPQ), bem como de outros sistemas de qualificação no domínio regulamentar, que lhe sejam conferidos por lei (IPQ, 2007).

O surgimento de normas como linhas de orientação são uma forma de proceder à avaliação dos recursos institucionais, de forma voluntária e periódica e de modo a garantir a qualidade da assistência através de padrões aceites previamente. A introdução de metodologias que visem a qualidade levam a uma melhor gestão da unidade de saúde e a uma assistência eficiente e segura dos clientes. Dentro desta linha, existem normas que proporcionam linhas de orientação para o processo de reclamação relacionadas com produtos e processos.

Uma norma é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece regras, linhas directrizes ou características, para actividades ou os seus resultados. Pode contribuir para melhorar a reputação de uma organização, independentemente da sua dimensão, localização e sector. Para assegurar que todo o sistema da qualidade é abrangido, a instituição deve adoptar procedimentos normalizados, que incluem, nomeadamente, problemas de qualidade e acções empreendidas, reclamações, avaliação da forma como o sistema está a funcionar e se os objectivos estão a ser cumpridos (IPQ, 2007).

Uma reclamação cria uma arena de possibilidades únicas para um gestor na área das reclamações. O seu resultado final é, no limite, decidido pela forma como uma situação problemática é resolvida. De qualquer forma, clientes que sejam “perdidos” no contacto com este tipo de situações têm pouca probabilidade de voltar à empresa (Davidow, 2000).

2.2. A Função da Reclamação

Visando o correcto enquadramento na área em estudo, seleccionarei como definição de *reclamação* aquela que é a mais frequentemente utilizada pelos profissionais que trabalham na área da Gestão da Qualidade na Saúde.

Nesse sentido, uma *reclamação* define-se como a exposição de uma queixa, exigência ou pedido com protesto, reivindicação de um direito. É um conceito bem diferente do de *sugestão*, pois refere-se habitualmente a um erro ou negligência que originou insatisfação e que, dada a sua gravidade, deve ser registado em livro próprio com um circuito de análise definido, enquanto as sugestões se referem a propostas de melhoria ou melhoramento (Imperatori, 1999).

Assim, e de forma simplificada, pode definir-se uma reclamação como sendo uma insatisfação para com os produtos/serviços de uma organização.

Consoante o **âmbito** dessa insatisfação (por ex: qualidade do atendimento) ou o tipo de **resposta** que espera obter (por ex: ser ressarcido monetariamente), o cliente adoptará diferentes papéis. Segundo alguns autores, como (Kolodinsky, 1993; Liu e McClure, 2001), existem basicamente dois tipos de reclamações com funções diferentes: (i) **reclamação instrumental** (O reclamante procura, sobretudo, resolver o problema que teve e conseguir aquilo a que tem direito); e (ii) **reclamação não instrumental** (O reclamante expressa a sua insatisfação, sem ter como principal objectivo a resolução da situação, mas, sim, formas de retaliação para com a instituição).

As reclamações devem ser entendidas como mecanismos de valor inestimável para as instituições, uma vez que permitem compreender melhor as suas próprias dificuldades operacionais e analisar todos os aspectos, métodos e/ou processos que podem ser melhorados. A informação fornecida pelo cliente deve ser vista como informação extremamente valiosa, a custo zero, que ajuda a identificar erros e permite uma melhoria focalizada do processo com o cliente. É frequentemente directa, justa e detalhada (Reichheld e Sasser, 1990).

À luz da *Teoria do Marketing Relacional*, as reclamações têm sido tratadas como um processo no contexto em que o cliente está insatisfeito. No entanto, nem sempre uma reclamação deriva da insatisfação e nem sempre, também, esta leva ao início de uma reclamação. Pode-se sugerir que a insatisfação é um factor necessário, mas não suficiente, para que ocorra a reclamação (Singh, 1990).

A reclamação surge, assim, como algo bem mais complexo do que uma simples reacção à insatisfação. Estudos recentes na área dos Serviços (Tronvoll, 2007) sugerem que a reclamação deverá ser vista como um processo que ocorre quando incidentes críticos negativos são experimentados na interacção entre as partes. Assim, a reclamação *nasce* quando se verifica que essa experiência negativa (i) se situa fora da zona de aceitação do cliente e (ii) pode ser suscitada por diferentes factores, tais como a interacção tida com o cliente ou o serviço que lhe foi prestado. É sobre esses factores que nos iremos debruçar no ponto seguinte.

2.3. Factores Motivacionais da Reclamação

A literatura apresenta-nos vários estudos – Zeithmal e Bitner; Maxham e Netemeyer; Kau; citados por Bernardo (2010) – que identificam um conjunto de factores que podem motivar um cliente a reclamar, sendo de notar que esses factores podem ocorrer isolados ou em simultâneo.

Alguns dos factores mencionados são os **custos que o cliente percepçiona terem incorrido do mau serviço prestado**. Isso acontece quando o preço pago pelo serviço ou produto é considerado elevado, pelo que a probabilidade de um cliente reclamar é maior, por comparação com o pagamento de um menor preço (situação onde se verifica uma menor probabilidade de ocorrência de reclamações).

O tempo e o esforço gastos pelos clientes no processo de reclamação são outros factores importantes. Por exemplo, se o processo for demorado, se existir a necessidade de a reclamação ter que ser efectuada por escrito ou, ainda, se o cliente tiver que ficar a aguardar por uma resposta, a motivação para reclamar pode diminuir. Mas, e pelo contrário, se para adquirir determinado serviço ou produto o esforço que lhe é exigido for elevado (por ex: trabalhar mais, necessidade de recorrer a créditos, estabelecer prioridades às suas necessidades), a probabilidade deste vir a reclamar é bastante mais elevada, uma vez que a importância do serviço/produto vai influenciar a probabilidade da reclamação.

Outros factores dizem respeito aos **benefícios que os clientes percepçionam como resultado de uma reclamação**. Esses benefícios advêm do facto de que a probabilidade de um cliente reclamar é tanto maior, quanto maiores forem os benefícios que ele percepçiona (por exemplo: devolução do dinheiro, rectificação do problema em causa, pedido de desculpas pelo transtorno causado).

Os autores citam igualmente a **probabilidade de sucesso da reclamação, o que envolve a sua eficácia**. Isso significa que, ao anteciparem que os seus problemas podem ser resolvidos e que a instituição vai procurar a melhor forma de resolver a situação para mantê-los satisfeitos, os clientes terão uma maior motivação para reclamar. Exemplo: se o cliente entende que o seu acto de reclamação pode afectar negativamente a imagem e a reputação da instituição, considera que a

mesma irá querer evitar tais repercussões (e, portanto, irá responder positivamente à sua reclamação), logo, percepção uma maior probabilidade de sucesso.

Por fim, a **capacidade do cliente para reclamar**: uma instituição que permita e faculte canais necessários para que o cliente efectue uma reclamação (facilitando a expressão das suas frustrações e/ou insatisfações) contribui para o acto de reclamar. Os clientes que detêm uma boa capacidade de comunicação e de expressão sentem maior facilidade para expor as suas ideias, reforçando a probabilidade de reclamar.

Verifica-se, assim, que num contexto de reclamação a motivação intrínseca do cliente pode aumentar ou diminuir consoante os factores acima descritos.

Outro aspecto que, eventualmente, pode também influenciar a probabilidade de reclamar é a **natureza do produto**. Um bom exemplo parece ser, precisamente, o caso da prestação dos serviços de saúde: estes são de tal forma especializados e técnicos que, para o cliente, torna-se extremamente difícil avaliar se determinado serviço foi, ou não, bem prestado, retraindo-o de reclamar.

Também outros factores como as **características do serviço** e a **personalidade do cliente** influenciam o acto de reclamar (Zeithaml e Bitner, 2000). Todavia, o comportamento do cliente é considerado como um processo de ajustamento dinâmico, que ocorre durante a interacção do serviço, incluindo as actividades relacionadas com o valor de uso (Tronvoll, 2007).

Sendo, então, a reclamação vista como um mecanismo de monitorização da satisfação do cliente, a instituição deve ser capaz de adoptar uma postura de diferenciação positiva, fiável e de abertura face ao inesperado.

Nesta linha de pensamento, a instituição deve ser capaz, também, de desenvolver estratégias que promovam a sua resolução de forma rápida, de forma a acarretar o mínimo de consequências para si própria (Garcia et al, 2006).

2.4. Atitudes e Comportamentos do Cliente Face à Reclamação

Wysocki et al, citados por Rosário (2010), referem que os clientes, consoante a sua perspectiva sobre a percepção de um serviço, podem ser divididos em cinco tipos (Quadro 1).

Estes autores referem igualmente a existência de determinados traços de personalidade, características demográficas e outros eventos que poderão evocar o acto de reclamar. Regra geral, os clientes que reclamam tendem a apresentar várias características semelhantes: estão empregados, usufruem de rendimentos elevados, têm níveis de escolaridade superiores, altos níveis de assertividade, uma atitude predisposta para reclamar, controlo percebido da situação (em relação à capacidade de escolher decisões certas, mobilizar recursos cognitivos), capacidade em gerir o seu tempo e, por fim, são muito persistentes quando encontram um erro.

No pólo oposto, os “não reclamantes” tendem a ser indivíduos desempregados ou com baixos rendimentos e com níveis de escolarização mais baixa. Têm pouco controlo sobre o ambiente, falta de confiança, fraca percepção do risco e, também, falta de tempo disponível. Assim, dada esta pouca vontade para despende o esforço necessário para lidar com reclamações – e de não perceberem de quem é a responsabilidade na reclamação –, sentem-se normalmente impelidos à profusão de um passa-palavra negativo e a outros actos de deslealdade para com a instituição. (Voorhees et al, 2006).

Quadro 1. Atitudes e comportamentos do cliente face à reclamação

TIPOS DE CLIENTES	ATITUDES E COMPORTAMENTOS
Os clientes «Meek»	Não reclamam, a instituição necessita de se esforçar para conseguir comentários e sugestões para actuar de forma conveniente.
Os clientes agressivos	Reclamam de forma efusiva e em alta voz; São imprevisíveis e respondem de forma violenta às justificações apresentadas
Os clientes «High-Roller»	Reclamam pouco, mas quando reclamam estão interessados no <i>feedback</i> sobre o que está a ser feito; Pouco interesse no pedido de desculpas, mas sim na aplicação de medidas e acções concretas.
Os clientes «Rip-Off»	São o tipo de clientes que gostam de tirar vantagem da sua relação com a instituição, ou seja, na maioria das vezes as suas reclamações não têm razão de ser e são classificadas como reclamações ilegítimas; São identificados como não estando satisfeitos com as respostas dadas pela instituição; Propensos para o passa-palavra negativo.
O reclamante crónico	Reclamam muito, por tudo e por nada; Nunca estão satisfeitos; Mas, e ao contrário dos anteriores, apreciam o esforço que é feito pela empresa para lhes satisfazer as reclamações; Propensos para um passa-palavra positivo.

Fonte: Construção própria com base em Rosário, A. – O tratamento das reclamações e a recuperação de clientes, 2010.

Da revisão da literatura existente sobre estudos resultantes na comparação destes dois tipos de clientes (reclamantes e não reclamantes) chega-se à conclusão que os *reclamantes* percebem elevados níveis de controlo, tendem a ser mais velhos e a terem uma atitude mais positiva para o acto de reclamar. São mais motivados para mostrar a sua insatisfação, logo, também têm uma maior probabilidade de sucesso na reclamação.

Já os *não reclamantes* manifestam deter pouco controlo e uma atitude negativa para com o acto de reclamar, tendem a ser mais jovens e a não perceberem de quem é a culpa. Referem, ainda, que a possibilidade de acções alternativas e a falta de interlocutores são outras das causas que os levam a não reclamar – Keaveney; Reichheld e Sasser; Singh; Voorhees et al; Wysocki et al, citados por Rosário (2010).

Este estudo concluiu, também, a existência de uma elevada relação entre os que não reclamam e a saída destes da instituição, o que faz destes clientes um grupo perigoso, pois o seu *custo* para a instituição é muito significativo: regra geral, uma instituição gasta cerca de cinco vezes mais na angariação de novos clientes do que na manutenção dos actuais. Ao não reclamarem, esses clientes não dão à instituição a possibilidade de corrigir as deficiências que levaram à sua insatisfação.

Neste contexto, as instituições devem ser detentoras de um bom sistema de gestão de reclamações. Através dele, a instituição poderá garantir uma oportunidade para obter informação sobre a qualidade dos serviços que presta, desenvolver vantagens competitivas ao nível da agilidade e rapidez na resposta ao cliente e, assim, evitar a repetição de novas reclamações perante uma mesma situação (Garcia et al, 2006).

O comportamento do cliente numa situação de reclamação depende de um conjunto de múltiplas respostas (comportamentais ou não comportamentais), que são desencadeadas por uma percepção de insatisfação em relação a determinado serviço (Singh, 1990).

Trabalhos realizados na área da análise do comportamento do consumidor referem a existência de diferentes comportamentos de resposta às reclamações. Blodgett e Granbois; Crié; Harrison-Walker; Hong e Lee; Lolodinsky; Panther e Farquhar, citados por Rosário (2010), identificaram os vários tipos de respostas pelas quais os clientes optam (Quadro 2):

Quadro 2. Comportamentos de resposta às reclamações

TIPO DE RESPOSTA	COMPORTAMENTOS / ATITUDES
1. Saída	Cliente vai terminar a sua relação com a instituição, podendo ser uma saída de curto, médio ou longo prazo;
2. Reclamação junto da instituição	Cliente reclama junto da instituição de forma escrita ou verbal;
3. Reclamação junto de terceiros	Cliente reclama junto de uma terceira parte (por ex: entidade reguladora, associação de defesa de consumidores, comunicação social, seguradoras);
4. Passa-palavra negativo	Cliente fala da sua insatisfação dentro da sua esfera familiar e social (por ex: vizinhos, amigos, colegas de trabalho);
5. Silêncio	Cliente decide não comunicar a sua insatisfação, tanto podendo manter-se fiel à empresa, como mudar de fornecedor de serviços;
6. Retaliação	É vista pelo cliente como a forma de alcançar o que considera justo, encarando-a sobretudo como uma forma de vingança, a qual pode assumir diferentes formas: <ul style="list-style-type: none"> i. Destruição de equipamentos ou de produtos; ii. Pedido de indemnização ou compensação; iii. Passa-palavra negativo, tanto dentro da própria instituição (junto de outros clientes actuais), como junto do seu círculo social (por ex: familiares, vizinhos, colegas de trabalho, redes sociais, Internet, etc.).

Fonte: Construção própria com base em Rosário, A. – O tratamento das reclamações e a recuperação de clientes, 2010.

Inclusivamente, podemos falar na existência de uma dimensão sequencial em termos de comportamento de reclamação: a saída, o passa-palavra negativo e a reclamação junto de terceiros são comportamentos que apenas ocorrem quando o cliente entende que a reclamação efectuada junto da instituição não obteve a resposta por si desejada ou que esta não foi satisfatória. Isto é, quando o cliente retém que a resposta por parte da instituição falhou em termos de justiça percebida (Feliciano, 2000).

Este conceito de justiça percebida é muito utilizado no estudo do comportamento das reclamações, pois representa um *standard* (padrão) pelo qual o cliente vai analisar o tratamento dado à sua reclamação por parte da instituição (Tax e Brown, 1998). Os mesmos autores referem que existem três tipos de justiça percebida que, de certo modo, exprimem os desejos do cliente quando este se encontra numa situação de insatisfação e, por isso, recorre à reclamação (Quadro 3).

Quadro 3. Tipos de Justiça percebida pelos clientes

TIPOS DE JUSTIÇA PERCEBIDA	EXPECTATIVAS DOS CLIENTES
1. Justiça Distributiva	Relacionada, de forma geral, com a recompensa oferecida ao cliente pelo serviço deficiente. Compreende o que a instituição fez para criar uma relação de equidade com o cliente;
2. Justiça Processual	Relacionada com as políticas, procedimentos e critérios utilizados na gestão das reclamações. É importante, na medida em que oferece estratégias de satisfação;
3. Justiça Interação	Focalizada no tratamento dado ao cliente durante o processo de reclamação, desde o seu início até à sua resolução. Terá efeitos ao nível da lealdade por parte do cliente.

Fonte: Construção própria com base em TAX, S; BROWN, S. - Customer evaluations of service complaint experiences: implications of relationship marketing. *Journal of Marketing*.1998.

Outros estudos confirmam que estes tipos de justiça estão relacionados com a satisfação dos clientes e com uma perfeita gestão de reclamações por parte da instituição. Ou seja, um cenário onde a reclamação é vista como uma contribuição positiva à resolução do problema para ambas as partes. Gerir uma reclamação é uma oportunidade real de melhoria e reflexão no enfoque da actividade exercida. Mas é, sobretudo, um momento único para o fortalecimento da relação com os clientes e para conhecer as suas expectativas, o que se traduzirá em ganhos de eficácia e satisfação das suas necessidades (Feliciano, 2000).

2.5. O Modelo da Aprendizagem Organizacional (*Learning Organization*)

As últimas décadas do século XX geraram um ambiente socio-económico em constante mudança nos mercados nacionais e internacionais, que foi caracterizado por uma rápida globalização e desregulação dos mercados (nomeadamente na área da saúde) e por fortes alterações nas atitudes, expectativas e comportamentos dos consumidores, dos investidores e dos trabalhadores, aumentando a competição para níveis anteriormente desconhecidos.

A emergência e persistência deste contexto altamente competitivo exige que as organizações dominem agora algumas competências bem diferentes daquelas que eram necessárias na era das **Organizações Mecanicistas**, onde o aspecto humano

era menosprezado (tendência para que os trabalhadores – sobretudo nos níveis mais baixos da hierarquia – trabalhassem como se fossem máquinas). O modelo mecanicista tornou-se muito popular quer devido à promessa de eficiência que lhe estava subjacente, quer pelo rígido controlo que exercia sobre as pessoas e as actividades realizadas pela organização (Morgan, 1997).

No entanto, no mundo empresarial do século XXI (cada vez mais instável e/ou incerto) devem ser abordadas novas formas de gerir, pelo que os novos princípios organizacionais ganham uma cada vez maior importância. Pede-se às organizações, por um lado, que reaprendam a lidar com as condições da sua envolvente mas, por outro lado, que introduzam alterações nas suas estruturas de funcionamento interno. Com base neste contexto, um novo factor passou a ser importante para a competitividade da instituição: **a Aprendizagem Organizacional**.

Na actualidade, e partindo do pressuposto de que as organizações que aprendem administram melhor a mudança (Senge, 2000), foram desenvolvidos uma série de estudos sobre as **Learning Organizations**, cujo principal dinamizador foi o autor Peter Senge. Este autor descreve-as como sendo empresas nas quais os indivíduos expandem continuamente a sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam, onde surgem novos e elevados padrões de raciocínio, onde a aspiração colectiva é libertada e onde os indivíduos se implicam continuamente na aprendizagem em grupo (Senge, 1997). O mesmo autor também refere que, ao envolverem meios capazes de difundir o conhecimento tendo como objectivo solucionar problemas, criar novos conceitos e transmitir informação, as organizações encontraram uma vantagem competitiva de que necessitavam. Um dos principais motivos que leva à sobrevivência de uma organização é a sensibilidade ao seu meio ambiente, ou seja, a capacidade que a mesma demonstra em adaptar-se.

Um dos primeiros teóricos a fazer notar a necessidade das organizações se preocuparem com o conhecimento foi Peter Drucker. Bem no início da década de 90 do século passado criou o termo “trabalhador do conhecimento”. Depois, em 1993, afirmou que se estava a entrar na sociedade do conhecimento, uma sociedade onde os recursos económicos básicos não mais seriam nem o capital, nem os recursos naturais ou a mão-de-obra, mas sim o conhecimento (e onde os trabalhadores do conhecimento iriam desempenhar um papel central).

Nesse contexto, Drucker sugeriu que um dos desafios mais importantes para as organizações da sociedade do conhecimento seria estas serem capazes de abandonar o conhecimento obsoleto e aprenderem a criar o novo conhecimento. Isso poderia ser conseguido através da melhoria contínua de todas as actividades, o que implicava desenvolverem novas aplicações a partir dos seus próprios sucessos e/ou inovarem continuamente como um processo organizado (Drucker, 1999).

A ideia de que as organizações pudessem “aprender” foi desenvolvida como metáfora por Schön (1971). O trabalho deste autor estrutura-se sobre a constatação de que a incerteza e a instabilidade levariam as instituições a procurar novas formas de actuar em nome da sua sobrevivência. Posteriormente, Argyris e Schön (1978) aprofundaram essa ideia, mas conservando-a sempre como uma metáfora.

Desde a década de 70 do século passado, com Argyris e Schön, que este tema tem vindo a ser debatido, com especial repercussão no final da década de 1990. Desde então, diversos estudos têm sido publicados por autores como Peter Drucker, Peter Senge ou Arie De Geus, mostrando que há necessidade de as organizações se preocuparem, de facto, com a aprendizagem e o conhecimento organizacional para que possam fazer frente ao ambiente globalizado, instável e competitivo. Estes e outros autores enfatizam bastante que apenas através desses instrumentos as organizações terão condições para se manterem competitivas e sobreviverem.

Na década de 1990, a definição da *Learning Organization* foi disseminada, principalmente por Senge, que a popularizou através da publicação da sua obra “A Quinta Disciplina”, tornando-a num dos campos mais promissores para o estudo e acompanhamento da transformação organizacional.

Juntamente com outras duas políticas de gestão, designadas por *Total Quality Management* (gestão pela qualidade total) e por *Reengineering* (reengenharia), a ***Learning Organization (Aprendizagem Organizacional)*** compôs o tripé das propostas de mudança. Com elas, novos e amplos modelos ou pensamentos foram desenvolvidos, orientando no sentido de as aspirações colectivas se manifestarem como um conjunto livre e de as pessoas exercitarem continuamente métodos e/ou mecanismos de aprendizagem conjunta. O autor refere igualmente que o interesse pela *Quinta Disciplina* surge pela forma como a aprendizagem e o conhecimento interagem com as restantes ferramentas e métodos específicos que permitem novas

formas de pensar e de interagir. Assim, segundo (Senge, 2000), são cinco as *disciplinas* que constituem a Aprendizagem Organizacional.

A primeira é no **domínio pessoal**, onde os indivíduos aprendem sobre a clareza dos objectivos pessoais, sobre a necessidade de se expandirem para obter o desejado. Ao direccionarem os seus esforços em oposição à realidade actual, os indivíduos criam a denominada “tensão criativa”, estabelecendo um elo de ligação entre a realidade e o desejado. Começa-se por esclarecer o que é realmente importante para as pessoas, levando-as a viver de acordo com as mais altas aspirações.

A segunda diz respeito aos **modelos mentais**, que são generalizações utilizadas pelos indivíduos para melhor compreenderem o mundo em que vivem e as suas relações. São todas as imagens, pressupostos e/ou histórias que o indivíduo tem em mente acerca de si próprio e dos outros, das instituições e de vários outros aspectos que regem o seu mundo e a sua vida. São, no fundo, as crenças e os valores que o indivíduo tem desde o nascimento e que se prolongam ao longo da vida de cada um. Aqui, o grande enfoque não é nada mais do que reflectir e esclarecer de forma contínua, melhorando a imagem que cada indivíduo tem do mundo, com o objectivo de modelar a sua tomada de decisão e uma abertura para a influência de outros interlocutores.

A terceira foca a **visão compartilhada** e dá particular realce à importância da função *companheirismo* em redor de objectivos concretos e legítimos, o que leva a que os indivíduos se empenhem em conjunto e de livre vontade. O treino e o desenvolvimento de competências em conjunto resultam sempre em algo maior do que a soma das inteligências e competências individuais. No cerne da questão está conseguir que todos os membros da equipa assumam valores, objectivos e compromissos, não só individualmente, mas também em conjunto (equipa).

A quarta, sobre **aprendizagem em equipa**, caracteriza-se pela transformação das aptidões colectivas ligadas ao pensamento e à comunicação, para que diferentes grupos de pessoas possam desenvolver conhecimentos e aprendizagem maiores do que a soma dos seus talentos individuais. Esta aprendizagem mostra que, nos grupos que realmente estão a aprender, para além de produzirem mais em conjunto, os sujeitos que os integram são, também, capazes de se desenvolverem

mais rapidamente a nível individual. Vive com a máxima de que a organização só é capaz de aprender se os grupos forem capazes de aprender.

Por fim, a quinta *disciplina* é a do **pensamento sistémico**, considerada como a base da organização da aprendizagem, pois permite obter uma visão do conjunto das estruturas e das inter-relações na busca de soluções ou mudanças na estrutura. Permite mudar o sistema com maior eficácia e agir de acordo com o processo do mundo natural e económico. O seu principal objectivo é que todo o conjunto se torne mais claro, para que se mostrem todas as mudanças a serem feitas, com o fim de melhorá-lo.

Senge afirma, ainda, que é fundamental que as cinco *disciplinas* funcionem em conjunto para que o seu impacto seja significativo e mensurável nas designadas *Learning Organization*. Ao mesmo tempo, todas as pessoas devem ser respeitadas tanto ao nível da sua individualidade, como na sua autonomia, para que desenvolvam um trabalho de excelência. Este respeito conduz a uma motivação para obter mais conhecimento e liberdade na resolução de problemas, uma vez que têm voz activa num processo do qual fazem parte. No âmago deste tipo de organizações está a mudança de mentalidades, a qual implica que deixemos de nos ver separados do mundo, passando antes a considerarmo-nos parte integrante dele.

Devido à sua volatilidade e turbulência, as *Learning Organization* necessitam do empenho dos seus colaboradores, da sua cooperação espontânea, bem como da sua criatividade e do seu pendor inovador. É neste âmbito que se enquadram as instituições hospitalares do sector privado pois, dado o tipo do seu *core business*, elas devem ser capazes de se adaptar rapidamente ao contexto externo, às incertezas e à competitividade do mercado.

O conhecimento – enquanto recurso estratégico intangível – existe dentro das pessoas, pelo que compete às organizações a criação de uma cultura de trabalho que propicie a disseminação dos conhecimentos em si próprias. Há que estimular a conversão do carácter *individual* do conhecimento num carácter *organizacional*, para responder de forma mais activa e eficiente às soluções do mercado e dos clientes. Isso pode ser conseguido através da diminuição do tempo de resposta e pela melhoria da qualidade na tomada de decisão (Senge, 2000).

Num outro prisma (Porter, 2001), destaca que a intensidade da concorrência mundial vem aumentando e que, por essa razão, fica cada vez mais evidente que os recursos naturais e a mão-de-obra barata já não servem de base para avanços sustentáveis. Cresce a importância da especialização e da inovação, dois aspectos decorrentes de um posicionamento competitivo realmente único e diferenciado.

Os esforços *disciplinares* para gerir os activos intelectuais da organização podem incrementar a sua rentabilidade e fortalecer o relacionamento com os clientes, na medida em que, ao dotarem-se as pessoas com mais conhecimentos, estas podem imprimir uma melhor e mais rápida qualidade no serviço prestado aos mesmos. Actualmente, verifica-se que o *Conhecimento* se tornou num activo incontornável, ao mesmo tempo que a *Aprendizagem Organizacional* é cada vez mais apontada como uma fulcral fonte de vantagem competitiva sustentável (de longo prazo) para as organizações.

A propriedade intelectual é, na actualidade, determinante para o sucesso de uma organização moderna. As exigências de flexibilidade, não sendo iguais para todas as organizações, aumentam na medida em que (i) se aplicam novas e avançadas tecnologias, que implicam a interdependência de tarefas e de funções ou, até, uma maior vulnerabilidade face aos erros e falhas (enfrentando a instabilidade e a diferenciação do mercado); e ao mesmo tempo, (ii) existe uma mão-de-obra mais qualificada, que aspira a um trabalho mais interessante e/ou a uma maior autonomia e desenvolvimento profissional (precisamente aquilo que sucede com as instituições hospitalares).

Vivemos, sem dúvida, numa era em que a preparação profissional do indivíduo, enquanto recurso de uma organização e, conseqüentemente, enquanto recurso de uma nação, tem de ser inserida numa estratégia de desenvolvimento nacional e regional. Ele não pode visar *apenas* a sua adaptação ao posto de trabalho (visão simplista), mas antes implicar-se em alterar e/ou melhorar a sua capacidade de adaptabilidade e flexibilidade. De facto, nos dias que correm, espera-se um enfoque no envolvimento dos colaboradores na definição de matérias estratégicas para a organização (Vaz, 2009).

No mercado concorrencial moderno, a procura de uma posição de vantagem competitiva por parte das organizações é indissociável da produção de bens ou serviços diferenciados. Neste sentido, e numa análise dos factores que influenciam na determinação das vantagens competitivas entre as organizações, observa-se que, quer a globalização das economias, quer a emergência do conhecimento enquanto activo indispensável ao desenvolvimento ou, também, a afirmação das organizações, obrigam-nos a não subestimar a importância deste recurso.

Uma sólida base de conhecimentos permite determinar soluções que dêem resposta adaptada e em tempo útil às necessidades dos clientes.

Nestes termos, quanto melhor uma organização conseguir identificar e gerir o seu conhecimento, mais rapidamente poderá tomar decisões; e quanto mais consolidado e actualizado estiver o conhecimento, mais actuante a organização estará junto dos seus clientes.

2.6. O Sector Privado da Saúde e a Gestão das Reclamações

Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios na saúde da população portuguesa. A principal explicação prende-se, em grande parte, com o alargamento da oferta de cuidados de saúde – nomeadamente, o aumento da sua cobertura –, uma melhor acessibilidade aos mesmos e, também, um aumento dos recursos a nível humano, técnico e financeiro. Efectivamente, vários indicadores, tais como a Esperança Média de Vida ou a Taxa de Mortalidade Infantil, colocam hoje o nosso país num patamar de desenvolvimento comparável ao dos parceiros internacionais.

Ainda no âmbito dos progressos nesta área registe-se, também, os significativos contributos dados pela criação do SNS (Serviço Nacional de Saúde), a publicação da Lei de Bases de Saúde, a transformação do Estatuto Jurídico dos Hospitais, a construção de novos hospitais no âmbito das PPP (Parcerias Público-Privadas) ou, também, o interesse de grandes grupos económicos na área da saúde.

Embora as entidades privadas de saúde já existam há muitos anos (inicialmente os hospitais eram de índole privada; os Hospitais das Misericórdias foram transferidos em 1979 para o Estado), foi sobretudo com a Lei de Bases da Saúde

(1990) e com o Estatuto do SNS (1993) que se legitimou a presença do sector privado no sistema de saúde português.

Oliveira e Bevan, citados por Cabral e Silva (2009), estimam que 25% da população portuguesa seja beneficiária de cuidados de saúde com base socioprofissional e de seguros privados. Ou seja, trata-se de $\frac{1}{4}$ da população nacional que, para além de ser beneficiária do SNS (como o são todos os cidadãos), está também coberta por um subsistema de saúde (ADSE, ADM, CGD, PT, TAP) ou por um seguro de saúde (individual ou de grupo).

A iniciativa do sector privado na saúde aumentou e desenvolveu a sua capacidade de prestação de serviços, de forma a conseguir responder às necessidades de cuidados dos clientes, consolidando a sua posição no sector. Ela fez-se em redor do SNS, através da inter-ajuda na prestação de serviços, infra-estruturas e qualidade (Dinis, 2008). O desenvolvimento desta oferta foi sendo estabelecido através das características do sistema de saúde português, as quais foram determinantes para que este sector garantisse a sua posição no mercado da oferta de cuidados de saúde. Estas características fazem com que a parceria entre o público e o privado permitam aos clientes uma melhor qualidade de serviços (Barros e Simões, 2007).

Segundo a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), citada por Ribeiro (2009), a prestação privada de cuidados de saúde no nosso país tem cerca de 40 entidades gestoras de clínicas privadas, correspondendo a cerca de 2.200 camas. O volume de negócios dos privados traduzia-se, já em 2007, por um valor na casa dos 690 M€. Nesta data, os grupos privados que melhor representam este sector são: (i) Espírito Santo Saúde; (ii) José de Mello Saúde; e (iii) Hospitais Privados de Portugal.

Actualmente, o sector privado demonstra ter dinamismo, capacidades técnicas e de gestão, competência na promoção de novos centros de excelência com tecnologia ímpar (que atraem quadros mais qualificados, mesmo em regime de exclusividade) e uma verdadeira vontade em participar num mercado do sector da saúde (Nunes, 2005). Este autor refere também que é uma componente privada e social do sistema, no qual o utilizador dos cuidados de saúde depende não do seu esforço contributivo, mas dos pagamentos directos (*out of the pocket*) ou, ainda, dos

seguros comerciais que tenha contratado (individuais ou de grupo, incluindo os subsistemas).

Segundo (Ribeiro, 2009), em Portugal a procura pelo sector privado para efeitos de prestação dos cuidados de saúde está ligada a vários factores: (i) um melhor nível de conforto na hospitalização; (ii) cobertura de certas especialidades (como é o caso da medicina dentária); (iii) capacidade de resposta para actos cirúrgicos; (iv) crescente procura de cuidados ligados à estética; (v) melhor acesso para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT); (vi) falta de resposta dos cuidados de saúde públicos; (vii) cobertura e Acessibilidade condicionadas (lista de utentes sem médico de família; e, por fim, (viii) tempo de espera para marcação de consulta programada, cirurgia ou especialidade).

Esta procura de cuidados de saúde pelo sector privado tem aumentado um pouco por todo o mundo. Num relatório emitido pela OMS, em 2002, são apontados os diferentes factores que conduziram a este crescimento, destacando-se quatro: (i) o desenvolvimento tecnológico, (ii) o envelhecimento da população, (iii) o aumento das expectativas e (iv) o aumento da informação por parte dos consumidores de cuidados de saúde.

A procura de informação sobre saúde fez emergir uma nova classe de clientes neste sector. Aqueles clientes que, segundo Bohemer, citado por Eira (2010), “navegam na internet”, consultam estatísticas de desempenho dos hospitais e dos seguros de saúde, compram qualidade, preço e conveniência, e que quando vão a uma consulta já levam em mente um diagnóstico e/ou um tratamento preferencial. Dito por outras palavras, são clientes cada vez mais informados e menos dispostos a dar o controlo da sua saúde a um médico ou a uma instituição.

Quando os clientes pagam os seus custos com saúde (*out of pocket*) – quer esse pagamento seja integral ou parcial –, a tendência é para que tomem decisões mais informadas acerca da realização de uma melhor prestação de cuidados de saúde.

A área da gestão de reclamações assenta no tratamento das reclamações, quer seja ao nível daquelas que são, de facto, reais, quer seja ao nível daquelas que, previsivelmente, possam vir a acontecer. Esta área incorpora a fase de identificação, investigação das suas causas e a resolução ou eliminação das reclamações (Garcia et al, 2006).

Nesta perspectiva, ela está directamente ligada ao Gabinete de Apoio ao Cliente (GAC), um serviço que existe para permitir que o cliente possa expor perante a instituição o seu descontentamento, isto independentemente da sua origem/razões: os cuidados recebidos, o comportamento dos profissionais, o funcionamento de determinado serviço, etc. Após registo da reclamação, o GAC deve informar quem de direito acerca daquilo que desagradou ao cliente e propor alterações que permitam alcançar melhorias nos serviços referenciados. Esta melhoria só será alcançada mediante um trabalho de parceria com os vários profissionais, o qual envolve diversas especialidades e serviços do hospital. O profissional do GAC recebe, analisa e encaminha as sugestões e reclamações dos clientes na área da saúde, consagrando o princípio constitucional referente à participação do cidadão na tomada de decisão dos assuntos relacionados com a sua saúde. É também frequente assumir o papel de mediador num sistema de conflitos e tensões.

Podemos mesmo afirmar que a principal função do GAC – e em conformidade com o preâmbulo do Despacho N.º 26/86 – é informar os órgãos gestores daquilo que os clientes pensam sobre a eficácia dos serviços e o comportamento dos respectivos profissionais, permitindo-lhes, assim, um melhor controlo de gestão e um adequado uso do poder disciplinar. Ao centralizar todas as reclamações relativas à instituição, de modo a informar com todo o rigor as entidades responsáveis acerca dos problemas expostos pelos clientes, o GAC contribui directamente para uma gestão mais eficiente e racional.

Nesse contexto, são desenvolvidas diversas actividades, tais como a implementação de estratégias específicas para a área das reclamações, a possibilidade de autorização e aprovação de acordos ou, ainda, o desenvolvimento de novas normas e procedimentos (ou de melhorias das/dos actuais) para a resolução das reclamações, sempre em conformidade com a legislação afecta a este tipo de situações. Mais, o GAC assegura igualmente que o Conselho de Administração da instituição seja mantido informado sobre todos os casos de risco e reclamações agregadas (incluindo aquelas que, pelo seu teor mais crítico, possam ter impacto a nível financeiro, legal ou para a imagem/reputação da instituição).

Os utilizadores dos cuidados de saúde da instituição podem reclamar através de duas formas: (i) **reclamação informal** — é apresentada de forma verbal, sendo possível resolvê-la imediatamente, de modo a satisfazer a pretensão do reclamante ou a justificar a actuação da instituição, sem que seja necessário passar por todo o processo formal. Meios: verbal (presencial ou por telefone); e (ii) **reclamação formal** — é apresentada por escrito. Meios: carta; e-mail; fax; formulário de sugestões e Livro de Reclamações).

No caso de a reclamação ser efectuada através do Livro de Reclamações, deverá ser enviada uma resposta ao reclamante no prazo máximo de 10 dias úteis, bem como uma cópia para a ERS, assim como o original da reclamação. Os impressos são em triplicado e obedecem à seguinte distribuição: (i) o original é enviado para a ERS; (ii) o duplicado é entregue ao reclamante; e (iii) o triplicado faz parte integrante do livro de reclamações e não pode ser retirado.

Em Portugal, a instância reguladora directamente ligada ao domínio dos hospitais privados é a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Foi criada pelo DL N.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e reestruturada pelo DL N.º 127/2009, de 27 de Maio. Com a sua criação pretendeu-se responder à necessidade de criar uma entidade reguladora, que ficasse responsável por fazer o enquadramento e monitorização da actuação dos operadores privados e sociais no seu papel de prestadores de cuidados públicos de saúde.

Nas restantes vias, após a recepção da reclamação — e no prazo de 20 dias úteis — é preparado um processo individual para todas as reclamações, cuja resposta final será enviada ao reclamante pelo GAC. Caso o teor da reclamação o justifique, ela deverá ser também previamente validada pelo Conselho de Administração e/ou pela Direcção Jurídica da instituição.

A gestão das reclamações consiste num programa pró-activo, no qual se procuram identificar os factores de insatisfação, definir os procedimentos a implementar e minimizar as suas consequências. Quanto mais precocemente os procedimentos forem definidos e as actividades implementadas, mais fácil será antecipar potenciais situações críticas e estabelecer sistemas de “alerta”. Este facto poderá aumentar a eficácia e eficiência da instituição (Oliveira, 2005).

O gestor e a sua equipa serão responsáveis pelo sucesso da implementação de projectos, devendo, por isso, ser desenvolvidos esforços no sentido de formar todos os intervenientes sobre a gestão da reclamação assim como os objectivos preconizados com a mesma (Feliciano, 2000). Dessa forma, minimizam-se as diferenças e evita-se que todos os recursos e esforços alocados pela instituição não estejam a produzir ou a comprometer a mesma. Deverá ter uma total partilha e co-responsabilização pelos esforços desenvolvidos, para que todos os intervenientes – desde a equipa de gestão das reclamações, o Conselho de Administração, os diferentes departamentos e serviços, os colaboradores e, até, os próprios clientes e respectivas famílias – se sintam como participantes activos (Oliveira, 2005).

Uma incorrecta articulação entre todos os elos contribuirá de forma negativa para minimizar a eficácia organizacional, levando à descredibilização da organização por parte dos clientes. A ideia principal passa por evitar danos, levando à prevenção, detecção e correcção do erro, ou seja, melhorar a qualidade dos serviços prestados, reduzindo os custos para a organização (Argyris & Schon, 1978).

Sabemos que o erro e o risco (logo, a reclamação) não podem ser eliminados na sua totalidade, como já foi referido anteriormente. Ao ser adoptada uma política de gestão das reclamações, serão desenvolvidas medidas que contribuam para uma melhor identificação e consequente redução e/ou eliminação dos problemas verificados. No caso das organizações de saúde, estas podem acarretar sérias implicações no cliente e seus familiares, assim como nos próprios profissionais e colaboradores.

Em síntese, o tratamento das reclamações, desde que abordado pela instituição de um modo sério e integrado na sua própria cultura, pode vir a constituir-se como uma ferramenta de gestão muito importante ao nível da sua imagem corporativa e da fidelização de clientes.

Mais do que isso, a análise das causas de uma reclamação quase sempre dá origem à definição de acções internas de melhoria, as quais contribuem para o aperfeiçoamento contínuo das actividades que compõem os processos que identificam o modelo de negócio da empresa.

Ela deverá consistir numa abordagem sistémica que englobe os vários processos: (i) ter uma linha condutora de pensamento (por ex: missão, valores e objectivos da organização); (ii) desenvolver processos focados nos seus clientes, tanto os externos, como os internos; e (iii) ter capacidade para prever o futuro, isto é, uma estrutura de planeamento que lhe permita “ler” as tendências e antecipar acontecimentos, evoluções e/ou alterações do mercado.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Esta é uma etapa crucial na demonstração dos passos que vão ser seguidos no sentido da resolução do problema que originou a investigação, uma vez que vai permitir comunicar aos leitores, com exactidão, aquilo que o pesquisador fez para resolver o problema (Polit & Hungler, 2001).

Todos os estudos de investigação pressupõem a existência de uma metodologia adequada e planeada, que sirva como suporte e fio condutor para a realização do estudo, capaz de diminuir os desvios induzidos pelo mesmo e de nos guiar para a objectividade, com vista a responder de forma válida às questões formuladas pelo problema em estudo (Barañano, 2004).

Esta fase metodológica consiste num desenho de investigação que visa não só tratar, explorar e descrever certos fenómenos mas, também, verificar todas as associações possíveis, procurando responder a todas as questões inicialmente formuladas. É considerada como uma linha orientadora para qualquer estudo de investigação porque o operacionaliza, isto é, dá precisões claras sobre o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (Fortin, 2009).

Neste capítulo iremos descrever o problema, as questões de investigação e os objectivos, o paradigma e o tipo de estudo seleccionado, a população e a amostra e, também, as implicações éticas, que derivam de um estudo de investigação de cariz qualitativo. Por fim, descrever-se-á igualmente o instrumento de recolha de dados utilizado e a forma de tratamento e análise dos mesmos.

3.1. Problema, Questão de Investigação e Objectivos

Quando se elabora um estudo de investigação este deverá ter como início a escolha de um tema, partindo de alguns pressupostos. Por exemplo: tratar-se de um tema que gostaríamos de conhecer melhor, um tema que necessite ser aprofundado ou, até mesmo, um tema que necessite de uma completa revisão caso se note a sua ineficácia ou ineficiência (Barañano, 2004).

Neste estudo, o problema de investigação surge da necessidade de **perceber se uma reclamação é percebida como uma “ferramenta de gestão” pelos profissionais da instituição.**

Ou seja, conhecer (i) o que pensam os gestores de uma instituição privada de saúde sobre o processo de reclamação, (ii) quais são os critérios que utilizam na resposta à reclamação e, por fim, (iii) se a reclamação é vista como um factor relevante para si próprios e para a instituição. A partir do problema levantado, surgem necessariamente diferentes questões de investigação que carecem de resposta com base numa metodologia científica.

Tendo em conta que as questões de investigação são premissas que indicam o objectivo da investigação, elas devem conseguir expressar claramente aquilo que o investigador procura saber, esclarecer e compreender. São, também, uma base de apoio aos resultados da investigação. Neste contexto, a questão de investigação é definida como sendo uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações (Fortin, 2009).

Assim, as três questões de investigação para serem respondidas com este estudo são as seguintes: (i) qual a actuação dos gestores de reclamações do hospital face ao objecto da reclamação; (ii) que tipo de critérios utiliza o gestor de reclamações na sua tomada de decisão num processo de reclamação; e, por fim, qual a importância da reclamação para o gestor de reclamações para a área que coordena.

Com base nestes pressupostos, os objectivos centrais definidos para este trabalho foram: (i) identificar a importância que é dada ao circuito da reclamação pelos profissionais responsáveis pela gestão de reclamações; (ii) perceber se as reclamações são percebidas como uma “ferramenta de gestão” pelos profissionais da instituição; e, finalmente, (iii) compreender até que ponto as reclamações dos clientes têm, ou não, impacto na estratégia da instituição de saúde privada.

3.2. Paradigma e Tipo de Estudo

Na definição da metodologia a utilizar, comecei por ponderar qual a mais adequada para o presente trabalho: se a metodologia quantitativa, se a metodologia qualitativa. Ponderadas as vantagens e limitações de ambas, **a metodologia qualitativa** é, pelas suas características, aquela que melhor se adequa aos objectivos deste trabalho.

Uma metodologia quantitativa adequa-se quando o objectivo do estudo é, por exemplo, verificar várias teorias, relacionar várias variáveis ou múltiplas variáveis. São métodos que testam hipóteses e relações entre variáveis, com técnicas estatísticas. Implica, na maior parte dos casos, um elevado controlo das variáveis e de experiências manipuladas. Este método assegura uma neutralidade do investigador e permite a possibilidade de podermos generalizar os resultados a toda a população. Tendo em conta estas características, a adopção deste método não foi considerada a mais adequada, uma vez que o objectivo deste trabalho não era testar hipóteses nem generalizar os resultados.

Por tradição (e convenção), a ciência é algo quantificável, traduzida sempre por medidas e análise, de forma a ser capaz de explicar determinada situação. Mas, e porque em alguns casos ficou evidente uma incapacidade para medir quantitativamente alguns fenómenos humanos (por ex: valores, cultura, relações humanas, aspectos imateriais e simbólicos das nossas sociedades) – para além de alguma insatisfação com os resultados obtidos –, os investigadores passaram a aceitar outros tipos de abordagem de investigação como forma de produzir conhecimento, sendo a *Investigação Qualitativa* disso um exemplo.

(Bogdan e Biklen, 1994) salientam que o objectivo da investigação qualitativa é o de melhor *compreender* o comportamento e a experiência das pessoas no seu contexto, o que torna pertinente questioná-las acerca das suas experiências, vivências e percepções. A inquirição procura um conhecimento abrangente, associado a uma compreensão e interpretação cuidada, precisa e profunda dos fenómenos relacionados com as relações das pessoas entre si e o meio ambiente (Polit e Hungler, 2001).

A investigação, baseada no paradigma qualitativo, é cada vez mais utilizada pelos profissionais de saúde que desejam conhecer e compreender as experiências e as vivências das pessoas às quais são dirigidas as suas actuações. Baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores (Polit e Hungler, 2001).

A designação *qualitativo* decorre do facto de este método utilizar sobretudo informação sob a forma de palavras e não de números. O campo de intervenção é de uma unidade, ou mais, mas sempre em número reduzido. Uma das grandes vantagens deste tipo de método é o de poder gerar boas hipóteses de investigação, justificada pelo facto de se utilizarem técnicas como a entrevista em profundidade, observações e análise de produtos escritos (composições, relatórios, etc.).

Como limitações, destaca-se a subjectividade que, para vários autores supracitados, é o problema correspondente a este tipo de investigação. Afirma-se que existe uma forte componente de observações, que podem traduzir as convicções e atitudes do investigador. Sabemos que a percepção que um sujeito tem sobre um dado fenómeno pode ser distorcida, influenciada ou enviesada pelas suas convicções, valores ou até pelos seus interesses. Outra limitação é o tempo que é requerido por este tipo de investigação. São observações prolongadas, que nem sempre são exequíveis em termos práticos ou financeiros.

Este trabalho apresenta características de um estudo com cariz exploratório e descritivo, adequado para este tipo de desenho de investigação, direccionando-o para uma temática ainda relativamente pouco abordada. Este tipo de estudos tem por objectivo planear a pesquisa de forma flexível, permitindo utilizar a observação de uma forma menos limitativa, uma vez que pretendem compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação (Fortin, 1999). Os estudos descritivos reúnem a maior quantidade de informação possível, com a finalidade de abranger os diversos aspectos da investigação. A mesma autora refere igualmente que estes tipos de estudo visam obter mais informação, seja a nível das características, seja a nível dos fenómenos em que existam poucos trabalhos de investigação.

De acordo com os objectivos da pesquisa que me proponho realizar, a utilização do método qualitativo (com um estudo de caso do tipo descritivo e de carácter exploratório) é o que mais se adequa a este tipo de trabalho.

Devido às suas características peculiares, decide-se realizar um *estudo de caso* porque ele incide intencionalmente sobre situações específicas que se presume serem únicas, e para as quais o investigador procura encontrar interações entre factores relevantes próprios dessa entidade. O objectivo deste método é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede directamente, de uma forma profunda e global, apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo e sem interferência do investigador (Barañano, 2004).

Quanto às vantagens deste método, observa-se que é um meio de o investigador desenvolver um conhecimento próximo e contextualizado das práticas de gestão actuais. Este tipo de investigação pode oferecer descrições ricas de sistemas de avaliação da performance inovadoras, úteis para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina na prática. A mesma autora argumenta, também, que não se consegue compreender totalmente o papel de outros controlos de gestão de modo isolado, sendo necessária uma abordagem mais contextualizada.

Relativamente às suas limitações, e uma vez que o contexto é único, os produtos resultantes da investigação (observações e explicações das observações) não são passíveis de generalização, visto não ser possível realizar uma inferência estatística (Barañano, 2004). Uma crítica comumente apontada a este tipo de método é a de que sofrem de falta de rigor e de excesso de enfiamento, isto é, que nenhum investigador pode declarar que efectuou uma análise objectiva dos acontecimentos. Segundo a autora citada, um estudo de caso não pode ser mais do que a representação subjectiva do sistema social em estudo, donde um outro investigador, com outra *grelha de leitura*, poderia obter um conjunto diferente de conclusões.

A escolha deste método baseia-se no facto de, com este estudo de investigação, compreender o fenómeno das reclamações e a sua influência na estratégia de uma instituição privada de saúde (estudo de caso).

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

O objectivo da recolha de dados é reunir toda a informação possível relativamente ao tema/assunto que se pretende estudar. Trata-se de um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 2009). Antes de iniciar uma recolha de dados é fundamental que o investigador questione a informação que quer recolher. Assim, ele deverá seleccionar um instrumento de recolha de dados que vá ao encontro das suas necessidades e dos objectivos que definiu para a sua investigação.

Tendo em consideração o objecto de estudo, a problemática apresentada e os objectivos definidos, o instrumento utilizado foi a **Entrevista semi-estruturada** (ou em profundidade). Este tipo de entrevista permite que o investigador tenha alguma flexibilidade para explorar e clarificar determinados aspectos considerados importantes e relevantes para a sua investigação. A entrevista, enquanto técnica de recolha de dados, é considerada adequada para a obtenção de informação acerca daquilo que as pessoas sabem, fazem, pretendem, bem como explicações ou razões a respeito de situações precedentes (Gil, 1991).

Neste tipo de instrumento, uma das principais vantagens reside no facto de as perguntas poderem ser adaptadas ao entrevistado por parte do investigador, de modo a facilitar a compreensão daquele e o diálogo entre ambos. Permite, não só a recolha dos testemunhos e das interpretações do sujeito relativamente ao fenómeno em estudo, como, também, explorar o tipo de informação emitida, recolher informação rica e, ainda, levar em conta as motivações do sujeito que determinam diversos comportamentos.

Como principais desvantagens, destacam-se o tempo de duração da entrevista – que é sempre extenso quando comparado com outros instrumentos de recolha de dados (por ex., o questionário) – e o espaço físico em que ela será realizada, uma vez que tem de ser previamente combinado com o entrevistado e o investigador. Podemos igualmente considerar, por um lado, o receio do entrevistado em expor-se com sinceridade ou, por outro lado, a tendência para ir ao encontro daquilo que julga ser o pretendido pelo investigador. Por último, mas não menos relevante, o facto de a análise dos dados ser bastante mais morosa e complexa.

Para a condução das entrevistas, foi elaborado um guião com um conjunto de perguntas pré-estabelecidas e direccionadas abrangendo diversos tópicos. O guião de entrevistas foi construído tanto com recurso a perguntas abertas, como a perguntas fechadas (Anexo 4).

A utilização de um guião – delineado por quem investiga – visa (i) estruturar a recolha da informação, (ii) permitir uma maior inserção dos novos dados fornecidos pelo participante, (iii) abordar o tema de forma sistemática e, ao mesmo tempo, (iv) ir ao encontro dos objectivos estipulados.

Considerámos fundamental a realização de um pré-teste para validar a pertinência das questões a colocar. Esse pré-teste foi aplicado a um indivíduo que não fazia parte da amostra inicial, mas que possuía características semelhantes às da população em estudo e respondia aos mesmos critérios de elegibilidade por nós estabelecidos. Realizou-se na data de 11 de Abril de 2011, decorreu dentro da normalidade e sem dificuldades na interpretação das perguntas. Dada a riqueza do seu depoimento, e uma vez que não houve necessidade de reformular nenhuma questão, optámos depois por integrar também este indivíduo na nossa amostra.

Foram então marcadas data e hora com cada um dos participantes no estudo para a realização da entrevista. De forma consensual e unânime todos preferiram que as mesmas decorressem nos seus locais de trabalho, isto é, no próprio hospital, nos seus gabinetes, dentro dos horários que foram estipulados por cada participante, consoante as suas agendas de trabalho.

As entrevistas decorreram no período entre 11 de Abril e 6 Maio de 2011. Cada entrevista teve uma duração média de cerca de 30 minutos e foram áudio-gravadas. Já a transcrição de cada entrevista teve uma duração média de 100 minutos.

Este método de colheita de dados revelou-se bastante adequado, visto que a gravação da informação protege os dados obtidos de possíveis enviosamentos, permitindo o registo total das descrições dos participantes no estudo.

Nesta fase, o investigador deverá abstrair-se o máximo possível do meio que o envolve e focar-se apenas nas palavras do entrevistado, não alterando com a sua opinião e maneira de estar a resposta destes (Streubert, 2002).

Após a entrevista, a sua gravação foi transcrita e os dados analisados.

3.4. População e Amostra

Durante a realização de um estudo de investigação é de essencial importância a escolha da população e amostra, uma vez que a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados (Fortin, 2009). Esta mesma autora também refere que a população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação. Desta população escolhe-se a população-alvo que será submetida ao estudo, sendo que esta deverá satisfazer os critérios de selecção definidos antecipadamente pelo investigador.

Para este estudo, a população-alvo serão os indivíduos que tratam das reclamações de clientes e que trabalham no hospital privado em questão.

Já relativamente à amostra, são vários os autores que referem que, em estudos de paradigma qualitativo, o seu tamanho deverá ser reduzido, pois a preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica e útil do fenómeno social. Nesses termos, a nossa amostra foi seleccionada em função da quantidade e qualidade da informação que podem fornecer, bem como do seu particular conhecimento das questões que estão a ser delineadas para o estudo. (Polit e Hungler, 1995). A amostra deste estudo é, então, **não-probabilística e racional**. A amostragem não-probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual o elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido para constituir a amostra (Fortin, 2009). A mesma autora refere também que uma amostra racional é um processo de selecção de amostra que se caracteriza por seleccionar os clientes ricos em informação relativamente ao fenómeno em estudo, permitindo estudá-los em profundidade, com base num traço característico.

Nesta perspectiva, a amostra deste estudo é constituída por 7 (sete) indivíduos, que se encontram dentro dos critérios de elegibilidade previamente definidos: (i) trabalhar no Hospital Privado em que se desenrola o estudo; (ii) ter responsabilidade na gestão das reclamações dentro da instituição; (iii) demonstrar disponibilidade para colaborar no estudo e autorizar a realização da entrevista áudio-gravada; e, por fim, (iv) ser capaz de reflectir e examinar de modo crítico a sua experiência vivida.

3.5. Implicações Éticas

Ao realizarmos um trabalho de investigação devemos ter uma clara e consciente noção das implicações éticas e morais que este acarreta. Mais ainda quando ele é aplicado ao *Ser Humano*, porque é nesta ciência da moral que os indivíduos se inspiram para guiar a sua conduta diariamente.

Devido às particularidades da Investigação Qualitativa, é de extrema importância para o investigador respeitar todos os princípios éticos subjacentes ao âmbito de um estudo de carácter qualitativo. De acordo com alguns autores consultados (Bogdan 1994, Streubert 2002), esses princípios são os seguintes: (i) **princípio da não maleficência** – Ter sensibilidade suficiente para perceber se, em algum momento do estudo, a participação do indivíduo o afecta negativamente, interrompendo assim a sua participação; (ii) **Princípio da autonomia** – Obter o consentimento informado e a participação do informante de forma voluntária, ficando este livre para desistir em qualquer altura do estudo; (iii) **Princípio da beneficência e justiça** – Assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão respeitados, e realizar uma descrição pura dos resultados obtidos, sendo esta uma das características mais importantes de um investigador (a sua lealdade, honestidade e fidelidade aos dados obtidos).

Neste trabalho a identidade dos participantes foi devidamente resguardada e apenas inscrita no termo de consentimento informado. Os nomes dos participantes não necessitam de estar junto aos dados colhidos e foram guardados de forma segura, para que os direitos daqueles não sejam violados. O instrumento de recolha de dados foi igualmente guardado em local seguro e reservado. Após o final da investigação, todos os dados serão destruídos, assim como os documentos que identificam os participantes.

Ao considerarmos que estes pressupostos foram cumpridos, podemos igualmente afirmar que foram salvaguardadas as devidas precauções que decorrem de um trabalho de investigação. Neste contexto, todos os aspectos éticos foram tidos em consideração na realização do trabalho. Primeiro, foi enviada ao Conselho de Administração e respectivo Conselho de Ética do hospital em questão a carta de autorização para a realização do estudo (Anexo 2). Ambos deliberaram e emitiram um parecer favorável à sua realização.

Por seu turno, e de forma a salvaguardar os direitos dos participantes no estudo, foi entregue a cada um deles, individualmente, um exemplar da declaração de consentimento informado, a qual continha informação relativa à finalidade e objectivos do estudo, riscos da sua participação, assim como o direito a não participar no mesmo e retirar-se, caso o desejassem. Por fim, foi solicitada a sua colaboração e consentimento para a gravação áudio das entrevistas. (Anexo 3).

Definidos os requisitos de ordem ética, procedeu-se então à recolha dos dados e posterior organização e tratamento dos mesmos.

3.6. Tratamento e Análise de Dados

A finalidade da análise de dados, independentemente do tipo de dados ou da tradição da pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa (Polit e Hugler, 2001). É um processo contínuo que visa identificar dimensões, categorias, tendências, padrões e relações, de forma a tentar desvendar o seu significado.

De forma a facilitar a compreensão e a informação recolhida, optámos pela **Análise de conteúdo** para o tratamento e análise dos dados.

Tomou-se esta opção porque: primeiro, é uma das técnicas prioritariamente utilizadas na investigação qualitativa e, segundo, porque nos parece ser também aquela que mais se adequa ao tipo de estudo a realizar. Desta forma, achamos pertinente realizar uma breve abordagem sobre o método.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das *mensagens*, cuja intenção é a de *inferência* de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção, que recorre a indicadores quantitativos ou qualitativos (Bardin, 1977). Focada sobre os objectivos do estudo e no quadro de referência teórica, a análise de conteúdo é realizada através de uma série de etapas que, com base na mesma autora, são as seguintes (Quadro 4):

Quadro 4. Etapas da análise de conteúdo

ETAPAS	DESCRIÇÃO
1. A pré-análise	Consiste na organização do material recolhido, tendo por base operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais;
2. Exploração do material	Consiste em codificar as informações, processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo e que compreendem três sub-fases: <ul style="list-style-type: none"> i. Recorte: escolha das unidades; ii. Enumeração: escolha das regras de contagem; iii. Classificação e agregação: escolha das categorias;
3. Tratamento dos dados e interpretação de resultados	Fazendo inferências, que constituem o procedimento intermédio entre a sua descrição e a sua interpretação, permitindo a passagem explícita e controlada de uma para a outra. A inferência é a indução a partir dos dados.

Fonte: Construção própria com base em BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*.1977.

A análise de conteúdo que foi realizada teve por base as sete entrevistas recolhidas numa unidade hospitalar privada. Deu-se início à audição das gravações das entrevistas que, depois, foram transcritas de forma integral (*Verbatim*), processadas em suporte informático e, por fim, enumeradas de E1 a E7. Estas entrevistas foram transcritas (Anexo 5) e tratadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo, onde se determinou como “unidade” a referência de uma ideia por sujeito sobre as temáticas alvo, registada sempre que surgia relativamente independente no *corpus* definido pelas entrevistas realizadas. Este método permite não só descrever como, também, fazer inferência, na medida em que proporciona a passagem da descrição à interpretação do material recolhido (Bardin, 1991).

Depois, os excertos foram analisados recorrendo-se ao *software* **MaxQda 2010**. Trata-se de um programa que permite realizar uma análise de dados assistida por computador, funcionando como uma ferramenta facilitadora da organização, visualização e sistematização dos dados, quer em texto, quer em multimédia (García e Guerra, 2009). Por fim, os significados obtidos foram organizados em *unidades de contexto* (de acordo com os vários sentidos identificados) e estas integradas em *categorias*, procurando, assim, determinar tanto quanto possível a estrutura essencial do fenómeno em estudo.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Como em qualquer estudo de investigação, nesta fase o plano é executado e os dados obtidos são analisados e interpretados, para uma posterior apresentação. Considerámos que o método mais adequado para tratamento de dados era o de Bardin, uma vez que pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito (Guerra, 2009).

Para realizarmos esta análise de modo estruturado e simplificado, optámos pela utilização do programa informático **MaxQda 2010**, de modo a atingirmos os resultados que irão ser apresentados. Assim, e de acordo com o método escolhido, a análise dos dados obtidos foi dividida em quatro grandes etapas: (i) transcrição das entrevistas; (ii) leitura das entrevistas transcritas, de modo a sublinhar algumas frases do texto que se podem tornar as unidades de registo; (iii) reduzir o material a trabalhar através da identificação dos pontos centrais; e, por fim, (iv) análise do material escrito, para identificação das categorias e unidades de contexto.

Em primeiro lugar, faremos uma análise dos resultados encontrados. No final, será efectuada uma breve discussão de resultados com uma análise conjunta sobre o que achamos mais pertinente com base na literatura existente.

Salientamos o facto de a amostra ser reduzida e os dados recolhidos serem testemunhos pessoais, pelo que os resultados aqui encontrados só são válidos para aquele contexto específico não podendo, por isso, serem extrapolados para outro universo.

Partindo do pressuposto de que numa análise de dados qualitativa o investigador pretende apreender “algo a partir daquilo que os sujeitos da investigação lhe confiam” (Amado, 2000), o quadro sinóptico abaixo apresentado foi construído a partir dos objectivos traçados, das perguntas lançadas pela investigadora e dos recortes do discurso dos entrevistados. Iniciamos, agora, a análise dos resultados. Assim, após o tratamento dos dados obtidos emergiram três “categorias”, resultantes das respostas dos participantes, as quais se descriminam a seguir (Figura 1).

Em primeiro lugar, faremos uma abordagem geral destas três categorias, obtidas a partir das questões do guião de entrevista. Seguidamente, iremos proceder à descrição dos resultados encontrados, analisados por categoria e respectivas

unidades de contexto, com a selecção de segmentos do texto significativos, documentados com exemplos extraídos das entrevistas.

Numa abordagem mais geral, observando os resultados encontrados de acordo com as diferentes categorias, verifica-se então que **o discurso dos diferentes agentes institucionais centra-se essencialmente no “Circuito da reclamação” com 61% das ocorrências**, seguido pelo “Papel do Gestor de reclamações” com 30% e, por último, o “Impacto da reclamação na instituição” com apenas 9% das ocorrências. Isto é, os entrevistados destacam sobretudo como se processa o circuito da reclamação, nas suas diferentes vertentes, seguido pelo papel que tem o gestor de reclamações e só em último lugar, com cerca de 9%, surge o impacto da reclamação na instituição, conforme figura 1.

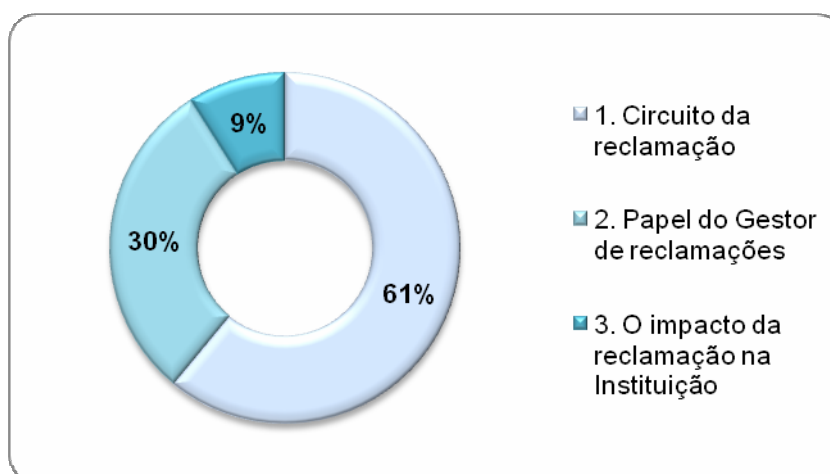


Figura 1. Ocorrências por Categoria de análise

4.1. Circuito das Reclamações

A primeira categoria que foi identificada (61%) foi a do **Circuito de Reclamação**, com as respectivas unidades de contexto que serão apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 5. Categoria “Circuito de Reclamação”

CATEGORIA	TOTAL OCORRÊNCIAS	UNIDADES DE CONTEXTO		%
1. Circuito de reclamação	35	1.1. Meios de recepção da reclamação	20	57.2
		1.2. Tipos de resposta à reclamação	2	5.7
		1.3. Tempo de fecho da reclamação	7	20.0
		1.4. Procedimentos da gestão de reclamações	6	17.1
		Total	35	100.0

Pela análise do quadro 5, verifica-se que a unidade de contexto **Meios de recepção da reclamação** surge como a mais mencionada, com 57.2% das ocorrências, destacando-se a reclamação por escrito, seguida da reclamação presencial. Também o Gabinete de Apoio ao Cliente (GAC) aparece mencionado como meio privilegiado de recepção das reclamações, mas já com menor predominância no discurso face às anteriores.

A unidade de contexto **Tempo de fecho da reclamação** surge como a segunda mais referenciada, onde os entrevistados mencionam os 10 dias úteis como o tempo adequado para o fecho da reclamação. No entanto, existiram dois casos que mencionaram que o tempo de fecho da reclamação está dependente do grau de complexidade do caso em questão, com apenas um entrevistado a mencionar que não sabe qual o tempo de fecho da reclamação. De acordo com estes dados, cerca de 60% dos entrevistados sabem qual o tempo legal e adequado para fechar uma reclamação.

Verifica-se, ainda, no discurso dos agentes que estes se referem à unidade de contexto **Procedimentos da gestão de reclamações** enunciando os diferentes momentos que decorrem aquando da gestão de uma reclamação.

Contudo, observa-se também que nenhum dos entrevistados especifica todos os passos internos seguidos por uma reclamação, desde a recepção até ao seu fecho.

Dois dos entrevistados mencionam que existe uma formalização da reclamação, enquanto outros dois mencionam que é devolvida informação aos clientes/utentes. Apenas um refere que deve ser notificada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e, também, apenas um outro menciona que deve ser feito o encerramento formal da reclamação.

Por último, ainda dentro do circuito de reclamação, surge a unidade de contexto ***Tipos de resposta à reclamação***, onde apenas dois entrevistados referem no seu discurso que a reclamação seguirá sempre por escrito, de modo a que existam posteriores registos da mesma.

Quadro 6. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Circuito de Reclamação”

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
1.1. Meios de recepção da reclamação	<i>“Recebemo-las de diferentes formas, formatos ou suporte: reclamação verbal, por escrito, presencial ou por telefone.” (E1)</i>
1.2. Tipos de resposta à reclamação	<i>“É solicitado ao gabinete jurídico para compormos a resposta e procurar a melhor forma para responder ao cliente. Isto em cada reclamação em concreto e sempre por escrito.” (E5)</i>
1.3. Tempo de fecho da reclamação	<i>“Os tempos variam, conforme o grau de complexidade da reclamação.” “... Quando se verifica que as averiguações vão demorar tempo, contactamo-lo a informar que não esquecemos, mas que está a demorar mais tempo do que aquele que era espectável.” (E1)</i>
1.4. Procedimentos da gestão de reclamações	<i>“Se houver algum caso clínico, que seja delicado e que carece de mais tempo, envia-se um report ao cliente, e caso seja a situação à ERS, a informar que não nos esquecemos mas estamos a tratar profundamente da situação. Esta situação tenta-se fazer sempre, seja ela formal ou não.” (E7)</i>

4.2. Papel do Gestor de Reclamações

Posteriormente, também se pretendeu conhecer qual o **Papel do Gestor de Reclamações**. Note-se que, com 30%, esta categoria foi a segunda a registar mais ocorrências no discurso dos entrevistados.

Quadro 7. Categoria “Papel do Gestor de reclamações”

CATEGORIA	TOTAL Ocorrências	UNIDADES E CONTEXTO		%
2. Papel do Gestor de reclamações	17	2.1. Critérios utilizados na resposta à reclamação	10	58.8
		2.2. Identificação e tratamento da reclamação	3	17.6
		2.3. Agilização da resposta à reclamação	2	11.8
		2.4. Motivação e mobilização dos colaboradores	2	11.8
		Total	17	100,0

Conforme o quadro 7, verifica-se que a unidade de contexto **Critérios utilizados na resposta à reclamação** foi a mais mencionada pelos entrevistados, com quase 60% de ocorrências. A ênfase foi essencialmente para a experiência pessoal, bem como para a regularidade com que o utente/cliente contacta com a instituição, enquanto critérios preferenciais para responder à reclamação. Nesta categoria, é de mencionar que o aspecto financeiro foi referido como critério a utilizar na resposta à reclamação.

Depois, surge-nos a unidade de contexto **Identificação e tratamento da reclamação**, onde os entrevistados mencionam que o processo engloba saber se a reclamação tem um carácter clínico ou não. Após esta distinção, a mesma é direccionada para o departamento adequado seguindo o percurso adequado. Foi ainda mencionado que é critério de identificação da reclamação perceber se o cliente tem ou não razão. Isto é, a aceitação e tratamento de uma reclamação passa por perceber inicialmente se o cliente tem razão, funcionando como processo de filtragem de potenciais reclamações.

Seguidamente, observa-se que a unidade de contexto **Agilização da resposta à reclamação** surge como um aspecto valorizado no papel do gestor da reclamação, sendo aqui referido que as reclamações servem para estabelecer planos que agilizam posteriores processos de reclamação com características idênticas.

Por último, surge-nos a unidade de contexto **Motivação e mobilização dos colaboradores** com apenas uma menção no discurso, a qual se referiu à existência de disponibilidade para um equilíbrio entre cliente e empresa.

Quadro 8. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Papel do Gestor de reclamações”

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
2.1. Critérios utilizados na resposta à reclamação	<p>“Não tenho nada para me guiar, excepto o meu bom senso e a minha perspectiva da situação.” (E2)</p> <p>“Se a reclamação vem de algum cliente que já é da casa, costuma cá vir, já é cliente habitual, temos que ver também o aspecto financeiro da questão.” (E7)</p>
2.2. Identificação e tratamento da reclamação	<p>“O reencaminhamento da reclamação, depende se é clínico – ou se é de processos.” (E1)</p> <p>“Tentar perceber se o cliente tem razão, porque a maior parte das vezes o cliente não tem razão, são reclamações infundadas, temos que separar o trigo do joio.” (E7)</p>
2.3. Agilização da resposta à reclamação	<p>“Quando observamos que existem várias reclamações sobre determinada questão, tentamos criar um procedimento para que as coisas sejam feitas da melhor maneira e para evitar que, de futuro, não haja mais reclamações nessa matéria.” (E5)</p>
2.4. Motivação e mobilização dos colaboradores	<p>“Tentamos sempre o equilíbrio, entre a defesa da instituição e uma resposta satisfatória a uma cliente.” (E5)</p> <p>“Tentar chamar a atenção dos profissionais para melhorar a sua contribuição, o seu desempenho, e nunca iniciar um processo de penalização.” (E6)</p>

4.3. Impacto da Reclamação na Instituição

Na última Categoria procurou-se perceber, através do discurso dos diferentes entrevistados, qual é o **Impacto da Reclamação na Instituição**. Esta foi a categoria com menor número de ocorrências (9%), de acordo com a análise do discurso dos entrevistados.

Quadro 9. Categoria “Impacto da reclamação na Instituição”

CATEGORIA	TOTAL Ocorrências	UNIDADES DE CONTEXTO		%
3. O impacto da reclamação na Instituição	5	3.1. Indicadores de Estrutura	3	60.0
		3.2. Indicadores de Resultados	2	40.0
			5	100.0

Mediante análise do quadro, na unidade de contexto **Indicadores de Estrutura** observa-se que numa reclamação, à partida, nem sempre é dada razão ao cliente, sendo este um aspecto mencionado duas vezes pelos entrevistados. Para além deste aspecto estruturante, apenas um entrevistado mencionou que a reclamação deve ser vista como uma oportunidade para corrigir os aspectos que deram origem à mesma.

Já na unidade de contexto **Indicadores de Resultados**, referem sobretudo que as reclamações são um indicador de qualidade do serviço médico prestado, da mesma forma que para o serviço de enfermagem elas são igualmente utilizadas como indicadores do trabalho desenvolvido por este serviço hospitalar.

A selecção dos segmentos mais significativos do texto (extraídos das entrevistas) consta da página seguinte (Quadro 10).

Quadro 10. Selecção dos segmentos mais significativos dos excertos das entrevistas para a Categoria “Impacto da reclamação na Instituição”

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
3.1. Indicadores de Estrutura	<p><i>“Dou exemplo da sinalética, que foi bastante frisada na abertura do hospital e onde já existiram melhorias.” (E1)</i></p> <p><i>“Melhoramos o circuito de doentes, com as assistentes, que tornam o acesso mais fácil... melhor circulação entre os exames e especialistas.” (E3)</i></p> <p><i>“É necessária uma equipa do GAC maior, só as três não dão conta do recado. A equipa deve ser especializada, formada, conhecer os circuitos do hospital.” (E4)</i></p>
3.2. Indicadores de Resultados	<p><i>“Em relação às reclamações na instituição, na sua totalidade apenas 1% são de enfermagem, e quando eu digo de enfermagem também já estou a incluir as auxiliares... Temos um bom indicador de reclamações para a nossa profissão.” (E6)</i></p> <p><i>“Em relação à UCI, são muito raras, muito raras mesmo (talvez 2 a 3 por ano) e, até agora, os clientes não têm tido razão... Lá em cima, a mesma coisa, raramente têm razão (temos para aí umas 4 a 5 reclamações por ano), No caso do AMP já é diferente, eu discuto os casos clínicos com os intervenientes. Já agora, como exemplo, vamos ter amanhã uma reunião de morbilidade, a primeira, relacionada com 12 casos que correram mal.” (E2)</i></p>

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a identificação de três categorias que exprimem as vivências dos entrevistados que têm responsabilidades na gestão das reclamações na instituição de saúde privada.

Optou-se por fazer a discussão dos resultados em função dessas categorias, recorrendo a literatura consultada e ao mesmo tempo procurando dar resposta aos objectivos do estudo. As categorias que emergiram da análise de conteúdo foram: (i) o circuito da reclamação; (ii) o papel do gestor de reclamações; e (iii) o impacto da reclamação na instituição.

Circuito da Reclamação

Uma larga maioria dos entrevistados *conhece* o circuito de reclamação, assim como conhece, também, o tempo legal (10 dias úteis) e adequado para fecho de uma reclamação. Contudo, nestas entrevistas nenhum deles especificou claramente os passos internos seguidos por uma reclamação. Ou seja, aquando de uma reclamação de um cliente todos sabem claramente o que têm que fazer (e como o devem fazer), mas logo que a “sua” intervenção termina e a reclamação prossegue com outro serviço/departamento, perdem a noção do seu seguimento.

Todos os entrevistados referem quebras no circuito da reclamação, existindo mesmo um entrevistado que refere a necessidade de mais formação e melhor conhecimento dos responsáveis ao nível do circuito interno das reclamações.

Apesar de ver a sua importância reconhecida no seio da instituição, o actual circuito de reclamações não está ainda devidamente interiorizado pelos profissionais com responsabilidades ao nível do tratamento da reclamação. Na maioria das vezes, quando estes informam o Gabinete de Apoio ao Cliente, fazem-no não por esse ser o serviço responsável para efectuar a devida resposta ao cliente, mas sim numa perspectiva “informativa”, isto é, dar-lhes a conhecer a resposta já enviada ao cliente e o seu arquivamento no processo.

Existem falhas e quebras no circuito, situação que faz com que se perca a oportunidade de minorar a situação no caso de futuras reclamações recorrentes (por ex: preparar uma “resposta-tipo” para os casos das reclamações que se repetem frequentemente). Para que tal possa suceder, este circuito deverá ser respeitado pelos responsáveis da gestão de reclamações.

O objectivo principal de uma empresa é administrar o seu negócio centrando a sua atenção nos clientes, ou seja, a parte do grupo de *stakeholders* (ou parte interessada) que paga para ter acesso ao serviço ou ao produto resultante da actividade da empresa e que, por isso, permite a continuidade da mesma (Mezomo, 2001). Para que se consiga ir ao encontro daquilo que esperam esses *stakeholders* será fundamental, antes de mais, que ambas as partes (organização e clientes) tenham a mesma percepção ou as mesmas noções acerca de satisfação e qualidade. Para tal, é necessário, primeiro, conhecer com a máxima objectividade aquilo que cada um dos *stakeholders* espera da organização e, segundo, gerir todos os diferentes aspectos associados a esses requisitos, de modo a conseguir dar resposta a essas expectativas.

Feliciano (2010) refere que nos serviços de saúde, e em todos os serviços em geral, a produção e o consumo realizam-se em simultâneo e são o resultado do esforço conjunto do cliente e do prestador do serviço. A própria percepção que o cliente obtém do serviço recebido e da sua qualidade depende, não só, de um adequado e competente tratamento profissional, mas, também, do contacto e da relação estabelecida entre ambos. A mesma autora salienta, ainda, o facto de esta não ser exactamente uma relação de igualdade, uma vez que o cliente está claramente numa posição inferior, porque a sua doença coloca-o à partida numa posição mais incómoda. O cliente supõe que o profissional que o recebe é um perito, pelo que confia na sua perícia. Assim, o cliente espera, portanto, uma relação cordial, serena e que lhe inspire segurança.

A existência de uma linha de orientação para o tratamento das reclamações na instituição poderá ser útil para minorar algumas lacunas existentes. Nesse sentido, apresenta-se como sugestão à instituição que esta comece, primeiro, por divulgar internamente os conteúdos e o âmbito da **Norma ISO 10002:2007** (disponível para consulta e/ou aquisição junto do IPQ). Essa poderá ser uma forma de proporcionar linhas de orientação para que as reclamações sejam tratadas de forma mais eficaz e

eficiente e com um grau de importância que, até ao presente, parece não estar ainda muito interiorizado na instituição.

Uma outra sugestão, e a exemplo daquilo que várias empresas já fizeram, sobretudo nas redes sociais, é o desenvolvimento de programas de rastreamento das reclamações (destacando-se bancos, hipermercados ou outras superfícies de grande consumo) até porque, na actualidade, os média são cada vez mais uma arma poderosa para um cliente insatisfeito. Desta forma, podem dar uma resposta rápida à situação sem sofrerem danos na sua imagem de marca. A instituição poderá apostar também nos sistemas de redes de informação para a sinalização de potenciais reclamações ou situações que podem beliscar a imagem ou marca da instituição.

Papel do Gestor de Reclamações

Da análise das entrevistas, observa-se que ao nível da gestão das reclamações prevalece, acima de tudo, uma preocupação com o impacto financeiro das ditas. Ficou, também, bastante evidente que a “filtragem” das reclamações na instituição decorre sempre com base em apenas duas premissas: (i) se é de carácter clínico ou não; e (ii) se o cliente tem razão ou não.

O conhecimento da componente mais *operacional* da reclamação (recepção, análise e avaliação, justificações, despacho, seguimento, resposta, arquivo) prevalece nitidamente sobre a sua posterior utilização como *ferramenta de gestão*. Por este prisma, infere-se que a instituição ainda não considera, na sua totalidade, que o tratamento das reclamações pode ser visto como uma ferramenta de gestão adequada e útil para a estratégia da mesma.

O processo operativo da prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar caracteriza-se pela heterogeneidade das contribuições e competências dos diversos sectores profissionais e pela diversidade e multiplicidade de produtos/serviços – articulados numa rede complexa de relações organizacionais e de comunicação inter subjectiva –, nem todos directamente relacionados com a prática da medicina, mas funcionalmente determinados a partir da vertente clínica.

O comportamento da resposta à reclamação surge, neste contexto, como sendo parte do processo que visa a recuperação do cliente, para posterior busca da sua lealdade através de produtos e serviços (Singh, 1990).

Para o mesmo autor, o envolvimento activo de todos os protagonistas é uma condição *sine qua non* para atingir um eficaz tratamento das reclamações nas organizações. Em primeiro lugar, importa salientar que o comportamento dos funcionários de cada organização é variável e os seus actos diferenciados perante as diversas situações a que estão sujeitos. Contudo, as organizações podem, e devem, influenciar o comportamento individual desenvolvendo linhas de orientação – definidas como procedimentos padrão – para actividades específicas, tendo como objectivo, não tanto convencer o subordinado, mas sim levá-lo a agir de uma forma mais lucrativa para a organização (Garcia et al, 2006).

Configurando o comportamento dos funcionários, a organização focaliza-se na sua formação e motivação, fornecendo valores, normas e padrões partilhados por todos aqueles que fazem parte da organização.

O principal objectivo é convencer o colaborador de que a decisão a tomar será a mais vantajosa para a organização. Pretende-se que os indivíduos, particularmente os profissionais da organização, aprendam com as situações passadas. Desta forma, ficamos detentores de uma mais-valia caso nos deparemos com um outro erro, porque passamos a possuir recursos e estratégias para lidar com ele, como acontece ao nível da aeronáutica (Garcia et al, 2006). Isto é, uma organização que aprende e se optimiza com a experiência e se adapta permanentemente às necessidades dos seus clientes permanecendo competitiva e eficiente (Sengue, 2000).

A prevenção da reclamação passa, assim, a ser percebida como uma realidade da organização, que não pode ser totalmente erradicada/eliminada. Ela deve ser vista na sua globalidade procurando, por isso, compreender o processo que a originou e, conseqüentemente, identificar potenciais causas. Afinal, aprender com os erros ocorridos ajuda a prevenir a ocorrência de erros futuros (Garcia et al, 2006).

As reclamações andam, literalmente, “de mão dada” com a qualidade dos serviços prestados pela instituição. Podemos mesmo afirmar que elas são um

indicador da satisfação que o cliente tem para com o serviço que lhe foi prestado (Feliciano, 2000).

Nesta perspectiva, a instituição ainda não faz hoje um esforço sério para perceber, atender e exceder as necessidades dos seus clientes, embora tenha surgido precisamente com esse fim, pelo que deixamos mais algumas sugestões:

- I. Proporcionar formação adequada aos seus colaboradores sobre este tema específico (tratamento das reclamações);
- II. Desenvolver e/ou estimular acções de “*Benchmarking*” sobre o tema, porque é um processo que permite encontrar e adaptar os métodos mais adequados para melhorar os resultados da organização (método de avaliação da qualidade por comparação);
- III. Implementar e/ou melhorar um conjunto de instrumentos que permitam responder em tempo útil ao cliente e à entidade reguladora do sector;
- IV. Implementar medidas correctivas sempre que se apure um número elevado de reclamações do mesmo tipo;
- V. Implementar melhorias contínuas no desempenho dos circuitos internos, revistos ciclicamente;
- VI. Implementar um sistema de alertas e estatísticas (ocorrências).

Impacto da Reclamação na Instituição

Um outro dado que ressalta da análise das entrevistas é que a maioria dos entrevistados vê a reclamação, sobretudo, como um indicador de resultados e/ou desempenho. Na instituição, e em função da visão transmitida pelos entrevistados, verifica-se que a ausência de reclamações (ou sua existência em número reduzido) tem uma interpretação essencialmente orientada no sentido dos benefícios em termos da *imagem institucional* e da *notoriedade da instituição*, em geral, bem como da *qualidade percebida* da sua equipa médica e de enfermagem, em particular.

Ainda assim, importa também destacar que os entrevistados consideram que a reclamação deve ser vista como uma oportunidade para a instituição e dão ênfase

às melhorias verificadas na estrutura física da instituição e que resultaram de respostas a reclamações (por ex: sinalética e circulação de doentes mais eficaz), sendo que um entrevistado refere até ser necessário aumentar o número de indivíduos no GAC, assim como ter maior formação na área da reclamação.

Uma instituição hospitalar, como qualquer outra instituição, é a imagem de quem o administra (Mezomo, 2001). Para que a reclamação seja perspectivada como uma ferramenta de gestão, deverá partir da própria Administração da instituição a estratégia de encará-la como tal e exercê-la com eficácia. A sua contribuição permite identificar situações de risco, permitindo, assim, a adopção das adequadas medidas profilácticas. Somente dessa forma a instituição prestará um serviço, eficiente, efectivo e aceitável (Vaz, 2009).

Num estudo realizado sobre a procura de cuidados de saúde privados, concluiu-se que as pessoas procuram essencialmente, qualidade, comodidade e higiene das instalações, qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem, rapidez na marcação de consultas/exames/cirurgias e rapidez no atendimento, diagnóstico e intervenção. Por fim, a existência de acordos com os subsistemas e seguros de saúde (Eira, 2010).

De um ponto de vista organizacional, um plano estratégico que vise melhorar o tratamento das reclamações requer, primeiro, uma clara definição dos objectivos, depois, que sejam disponibilizados os recursos adequados à sua implementação e, por fim, a existência de sistemas de controlo e de avaliação para acompanhamento e balanço dos progressos alcançados. No entanto, é essencial que esses objectivos se tornem conhecidos e sejam partilhados pelos funcionários (Mezomo, 2001).

Entende-se, assim, que é ao Conselho de Administração que compete evidenciar a importância estratégica de tais medidas, atribuir um expressivo mandato aos grupos responsáveis pelas mudanças e dotá-los com meios ajustados à prossecução dos objectivos (Vaz, 2009).

O actual ambiente organizacional exige que a instituição seja antes capaz de se antecipar às necessidades dos clientes, do que limitar-se a reagir-lhes.

Sim, os clientes reclamam... Mas, sempre que o fazem, estão a despende o seu precioso tempo para contactar a instituição por causa dessa reclamação. Assim, e ao mesmo tempo, eles estão também a dar à instituição uma informação grátis

acerca de como ela pode melhorar e o que deve fazer para que fiquem satisfeitos, hoje e no futuro...

Portanto, torna-se fundamental registrar e medir tudo o que se faz dentro da instituição e em relação aos seus clientes.

Primeiro, preparar e definir um bom serviço ao cliente, depois oferecer-lhes esse serviço e, por fim, medi-lo. Uma vez obtidos esses *inputs*, avaliá-los e identificar oportunidades de melhoria.

6. CONCLUSÃO

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados obtidos, as suas implicações a nível metodológico, teórico e prático e, por fim, futuras vias do estudo.

O objectivo deste trabalho de investigação foi perceber qual o papel das reclamações numa instituição de saúde privada. Para tal, optou-se por desenvolver um estudo de paradigma qualitativo, utilizando a análise de conteúdo como método de estudo dos dados. A pesquisa realizada foi indutiva, descritiva e com carácter exploratório. Consideramos que este método nos permitiu estudar o fenómeno na sua essência e dar resposta aos objectivos do estudo.

Através da reflexão e análise do fenómeno em estudo, e tendo por base as categorias e literatura existente, encontrou-se a estrutura essencial do fenómeno **Reclamações: o seu papel na unidade de saúde privada**. De entre as várias conclusões deste estudo, realçamos agora aquelas que nos parecem ser as mais relevantes e pertinentes e que, por isso, dão resposta aos objectivos traçados para este estudo.

Salienta-se o facto de o programa para a gestão de reclamações se encontrar ainda num processo inicial, o que dificulta uma abordagem profunda dos seus resultados. A área da gestão de reclamações (assim como a própria reclamação) é ainda vista como um domínio recente e desconhecido para estes profissionais da instituição onde decorreu o estudo, sendo premente apostar na formação e sensibilização dos mesmos relativamente ao impacto das reclamações nas políticas da instituição.

O desempenho dos serviços de saúde depende, cada vez mais, da qualidade, da motivação e do envolvimento dos respectivos funcionários. A instituição de saúde deverá apostar (i.e., investir) no desenvolvimento dos seus funcionários, através de formação e educação contínuas, para um objectivo comum: a satisfação do cliente que procura esse mesmo serviço de saúde. Cada vez mais, não são os funcionários que dependem da organização de saúde, mas antes o contrário. É esta última que depende daqueles para conseguir concretizar os seus objectivos, sejam eles objectivos de *mercado* ou objectivos ao nível da acção *social*.

Os agentes entrevistados não transmitem a ideia de darem a devida e necessária importância ao circuito de reclamação, da mesma forma que a reclamação não é, ainda, perspectivada como *instrumento ou ferramenta de gestão*. Já no que concerne ao impacto da reclamação para a instituição, considera-se que a sua relevância é bem mais importante mas, ainda assim, devem ser desenvolvidas várias outras melhorias visando atingir um patamar de resposta mais eficaz por parte dos profissionais e da própria instituição.

A competitividade das organizações assenta na melhoria contínua dos processos internos. Trata-se, desde logo, de identificar e de seguir a eficácia dos processos críticos (em particular a inovação, a produção, a comunicação e o serviço pós-venda) através de uma visão transversal da organização. É através desta perspectiva que se conseguem identificar os aspectos críticos das actividades da organização, os quais devem ser controlados e avaliados para satisfação dos clientes e accionistas. Implementar medidas que promovam a qualidade dos cuidados de saúde em todos os níveis da organização levará, necessariamente, a uma excelência organizacional, contribuindo fortemente para aumentar a possibilidade de a organização cumprir a sua missão e ter sucesso a longo prazo.

As organizações de saúde operam num meio complexo, o qual é caracterizado por constantes avanços tecnológicos e por clientes cada vez mais exigentes quanto à qualidade dos serviços/ produtos prestados. Na actualidade, observa-se que o mercado privado de saúde é bastante competitivo, pelo que o prestígio e a imagem são claramente considerados como factores críticos para o sucesso. É dada uma grande importância à reclamação e ao seu tratamento pois fazem ambos parte de todo um processo que visa recuperar um cliente e assegurar a sua fidelização ou lealdade, logo, a sua gestão é um factor determinante e que influencia o consumidor dos serviços de saúde.

Implicações, Limitações de estudo e Sugestões para futuras investigações

Implicações do Estudo

Este estudo insere-se numa perspectiva de gestão e, particularmente, na gestão de reclamações vistas como ferramenta para melhoria do desempenho da organização. Um bom sistema de gestão de reclamações implica uma resposta rápida e satisfatória perante aquilo que foi considerada uma insatisfação do serviço/produto prestado. Ao reclamar, o cliente mostra respeito e consideração pela organização. Dessa forma, ajuda também a corrigir lacunas existentes e permite à instituição identificar e, conseqüentemente, melhorar os seus pontos fracos.

Em termos práticos, este estudo pode, através do olhar dos agentes entrevistados, contribuir para ajudar a perspectivar melhor como está organizada a resposta da instituição às reclamações dos clientes. De alguma forma, este estudo poderá vir a servir como uma “alavanca” ou até “rampa de lançamento” na implementação de estratégias entre os diversos serviços da instituição, para um tratamento eficaz, ou mais eficaz, das reclamações. Para tal, ele deverá ser conhecido no meio onde foi realizado.

Em termos académicos, este estudo proporcionou uma aprendizagem bastante enriquecedora na área da investigação qualitativa, mas igualmente uma abertura a outros possíveis (futuros) estudos de investigação na área das reclamações, até porque este é, claramente, um tema cada vez mais presente na nossa sociedade.

Limitações do Estudo

Como em qualquer trabalho desta natureza, existem limitações que vão surgindo ao longo da sua realização. Neste caso, as principais limitações e/ou dificuldades com que me confrontei foram as seguintes:

- **Prazos:** Apresentam-se, talvez, como a restrição com maior impacto para a prossecução deste tipo de estudo. Muitas vezes, os “timings” limitam a intenção de aprofundar tanto o próprio tema, em si, como as várias questões que emergem ao longo do processo ou, ainda, a realização de uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema;
- **Tema:** Porque é rodeado de alguma subjectividade, a qual é explicada pela própria especificidade e unicidade de cada indivíduo. Também o facto de ser um tema relativamente recente em Portugal constituiu uma condicionante em termos de bibliografia consultada;
- **Tipo de Estudo:** Exploratório, não permitindo a extrapolação dos resultados para toda a população devido ao seu desenho metodológico – baseado numa situação circunstancial e contextualizada –, pelo que as suas conclusões apenas se aplicam à realidade delimitada pelo estudo;
- **Investigadora:** Principiante e com reduzida experiência em dar corpo a um trabalho de investigação desta natureza; não ter conseguido efectuar esta investigação com a profundidade necessária (ou por si desejada).

Sugestões para futuras investigações

A investigação agora terminada deixa, ainda assim, algumas pistas em aberto para o desenvolvimento de novas pesquisas, tais como:

- **Considera-se importante a continuidade deste trabalho**, obtendo novas conclusões e/ou resultados mais fiáveis, robustos e conclusivos;
- **Réplicas deste estudo noutras instituições**, sejam elas de carácter privado ou público;
- **Estudo comparativo entre as organizações de saúde do sector público com as do sector privado**, relativamente às reclamações como instrumento de gestão e de melhoria a nível do desempenho dos profissionais de saúde e das organizações;
- Estudo sobre **Políticas de fidelização de clientes e Estratégias de marketing**, tanto ao nível dos privados como do sector público.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADO, J. - A Técnica da Análise de Conteúdo. Referência. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. 5 (Novembro 2000) 53-63.

ANDRZEJEWSKI, N; LAGUA, R. - Use of a customer satisfaction survey by health care regulators: a tool for total quality management. *Public Health Rep*.112:3 (May-Jun 1997) 206–211.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. - Organizational learning: a theory of action perspective, reading. Mass: Addison Wesley, 1978.

BARAÑANO, A. - Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão, manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Edições Silabo, 2004.

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, P; SIMÕES, J. - Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 9: 5 (2007).

BERNARDO, A. - Factores explicativos da reclamação em serviços: o papel do “controlo de informação” e do “grau de relacionamento”. Coimbra: Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra.2010. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão ministrado pela FE.UC.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação, uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

CABRAL, M; SILVA, P. - O estado da saúde em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009.

CADOTTE, E; NORMAN, T. - Dissatisfiers and Satisfiers: Suggestions from consumer complaints and compliments. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 1 (1988) 74-79.

CHURCHILL, G; SURPRENANT, C. - An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 19 (November 1982), 491-504.

DAVIDOW, M. - Organizational Responses to Customer Complaints: What works and what doesn't. *Journal of Service Research*. 5:4 (2003) 225-250.

DAVIDOW, M. - The bottom-line impact of organizational responses to customer complaints. *Journal of Hospitality and Tourism Research*. 24: 4 (2000) 473-490.

Decreto-Lei N.º 127/2009. D.R I.ª Série - N.º 102 (2009-05-27) 3321-3331, Reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde, definindo as suas atribuições, organização e funcionamento.

Decreto-Lei N.º 309/2003. D.R I.ª Série - A. N.º 284 (2003-12-10) 8329-8338, Criação da Entidade Reguladora da Saúde.

Decreto-Lei N.º 13/1993. D.R I.ª Série - A. N.º 12 (1993-01-15) 135-138, Criação e Fiscalização das Unidades Privadas de Saúde.

DEGEUS, A. - A empresa viva. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DINIS, A. - Saúde privada, integração sofisticada. *Revista Instalação Profissional*. (Junho 2008) 14-22.

DRUCKER, P. - Administração em tempos turbulentos. São Paulo: Pioneira Editora, 1999.

EIRA, A. - A saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados. Porto: Faculdade de Economia. Universidade do Porto, 2010. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Economia ministrado pela FEP.UP.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Sistema de Gestão de Reclamações: Apresentação Estatística, Ano de 2009. [Em linha] Porto: ERS [Consult. 18 Abril. 2011]. Disponível em:

<http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%202009%20Anual.pdf/view>

FELICIANO, I. - Marketing em saúde, políticas & estratégias. Lisboa: Deplano, 2010.

FERNANDES, D. - Consumer complaining behavior in developing countries: the case of Brazil, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 20: 1 (2007) 86-109.

FORTIN, M. - O Processo de Investigação, da concepção à realização. Loures: Lusociências, 1999.

FORTIN, M. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociências, 2009.

GARCÍA, J; GUERRA, M. - The use of CAQDAS in educational research: some advantages, limitations and potential risks. *International Journal of Research & Method in Education*. 32: 2 (2009) 151-165.

GARCÍA, M et al. - Marketing en sectores específicos. Madrid: Ediciones Pirámide, 2006.

GIL, A. C. - Método e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1991.

IMPERATORI, E. - Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde glossário. Lisboa: Edinova, 1999.

JONES, T; SASSER, W. - Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*. 73 (June 1995), 88-100.

KOLODINSKY, J. - Complaints, redress, and subsequent purchases of medical services by dissatisfied consumers. *Journal of Consumer Policy*. 16 (1993) 193-214.

LIU, R; MCCLURE, P. - Recognizing cross-cultural differences in consumer complaint behavior and Intentions: an empirical examination. *Journal of Consumer Marketing*. 18:1 (2001) 54-75.

MARTIN, V; HENDERSON, E. - Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais. Lisboa: Monitor, 2004.

MEZOMO, J. - Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. Brasil: Manole, 2001.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA E DO EMPREGO. IPQ - Glossário da qualidade. [Em linha] Caparica: Instituto Português da Qualidade, 2007 [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em: <http://www.ipq.pt/customPage.aspx?modid=1076&pagID=1318>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde. [Em linha] Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2005 [Consult. 10 Nov. 2010]. Disponível em: http://www.hevora.min-saude.pt/docs/guia_do_utente.pdf

MORGAN, G. - Images of Organization. London: Sage Publications, 1997.

NUNES, R. - Regulação da Saúde. Porto: Vida Económica, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Saúde: Que rupturas? *Relatório Primavera*. Lisboa. 2003.

OLIVEIRA, J. - Gestão do risco hospitalar: perspectiva multiprofissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 19 (Dezembro 2005) 12-15.

OLIVER, R. - Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. New York: Irwin/ McGraw-Hill, 1997.

POLIT, D; HUNGLER, B. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTER, M. - Internet and Strategy. *Harvard Business Review*. 6:3 (March 2001) 63-78.

REICHHELD, F; SASSER, W. - Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review*., September-October (1990) 105-111.

REIS, V. - Gestão em Saúde: um espaço de diferença. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

RIBEIRO, J. - Saúde, a liberdade de escolher. Lisboa: Gradiva, 2009.

ROSÁRIO, A. - O tratamento das reclamações e a recuperação de clientes: um estudo longitudinal no call center do Millennium BCP. Porto: Faculdade de Economia. Universidade do Porto, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Marketing ministrado pela FEP.UP.

RUST, R; ZAHORIK, A; KEININGHAM, T. - Readings in service marketing. New York: Harper Collins College Publishers, 1996.

SCHÖN, D. - Beyond the stable state. New York: The Norton Library, 1971.

SENGE, P. - A dança das mudanças: o desafio de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem, Rio de Janeiro: Campus, 2000.

SENGE, P. - O novo trabalho do líder: construindo organizações que aprendem. São Paulo: Futura, 1997.

SILVA, S. - Os Seguros de Saúde Privados, no contexto do Sistema Saúde Português: O Sistema Saúde Português. *Associação Portuguesa de Seguradores*. (Novembro, 2009) 6-15.

SINGH, J. - A typology of consumer dissatisfaction response Styles. *Journal of Retailing*. 66: 1 (1990) 57-99.

SOUSA, P. et al. - Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26:7 (2008) 57-66.

TAX, S; BROWN, S. - Customer evaluations of service complaint experiences: implications of relationship marketing. *Journal of Marketin*. 62:2 (1998) 60-76.

TEIXEIRA, S. - Gestão das Organizações. Alfragide: McGraw-Hill Portugal, 1998.

TRONVOLL, B. - Complainer characteristics when exit is closed. *International Journal of Service Industry Management*. 18:1 (2007) 25-51.

TSE, D; WILTON, P. - Models of consumer satisfaction formation: An Extension. *Journal of Marketing Research*.15 (May 1988) 204-212.

VAZ, A. - Os Serviços não Clínicos no Apoio à Governação. *In Governação dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 2009.205-227.

VOORHEES, C; et al. - A voice from the silent masses: an exploratory and comparative analysis of no complainers. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 34:4 (2006) 514-527.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - EUR/RC52/10: The role of private sector and privatization in European health systems. Copenhagen: *Regional Committee for Europe*. 2002.

ZEITHAML, V; BITNER, M. - Services Marketing. New York: McGraw Hill, 1996.

ANEXOS

Anexo 1

Cronograma

Actividades	Out. 2010	Nov. 2010	Dez. 2010	Jan. 2011	Fev. 2011	Mar. 2011	Abr. 2011	Maio 2011	Jun. 2011	Jul. 2011
Orientação	✓ 26	✓ 15		✓ 19		✓ 15		✓ 04	✓ 29	✓ 13 ✓ 20 ✓ 26
Elaboração do protocolo										
Entrega do protocolo		✓ 30								
Revisão Metodológica										
Revisão da literatura										
Contacto com hospital										
Realização de entrevistas										
Transcrição e validação de entrevistas										
Tratamento dos dados										
Redacção do trabalho de projecto										
Entrega do trabalho de projecto										✓ 29

<p>Anexo 2</p> <p>Pedido de autorização</p>

Exmos. Senhores
Conselho Administração e Ética (...)
Lisboa

Lisboa, 20 de Janeiro de 2011

Assunto: ***Pedido de colaboração da aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde***

- A aluna do V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VCMGS 2009/2011), Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projecto, que versará sobre o tema **Reclamações: A importância na Gestão Estratégica de uma Organização Hospitalar Privada.**”.

Vimos pois, solicitar a V. Ex.^a que lhe seja autorizado e concedidas as facilidades que lhe possibilitem a consulta, recolha e análise da informação disponível na vossa instituição.

Para a realização do referido Trabalho de Projecto, foram estabelecidas como objectivos:

Objectivo Geral:

- Compreender o processo da gestão de reclamações e a sua influência na estratégia da instituição de saúde privada.

Objectivos Específicos:

- Descrever o circuito de reclamações da instituição;
- Identificar estratégias adoptadas pela instituição, na resposta às reclamações efectuadas pelos utilizadores;
- Potenciar a capacidade da instituição para identificar tendências e eliminar causas de reclamações, satisfazendo o reclamante e a instituição;
- Fomentar competências na área da investigação;
- Aumentar o conhecimento nesta temática.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos,

A Aluna
(Cristiana Furtado Firmino)

Contactos da aluna:

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino
Rua Lápis-lazúli, N.º 62 – 2.º Esquerdo
Urbanização Parque de São Domingos
2785-812 SÃO DOMINGOS DE RANA
Telem. 962 781 212
E-mail: c.firmino@ensp.unl.pt
furtado.cristy@gmail.com

Anexo 3

Termo de consentimento informado

CARTA EXPLICATIVA PARA OBTER O CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino, aluna do V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VCMGS 2009/2011), na Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa, encontro-me neste momento em fase de realização do meu Trabalho de Projecto, que versará sobre o tema **“Reclamações: A sua importância na Unidade de Saúde Privada.”**

O objectivo delineado para este trabalho é:

- **Compreender o processo da gestão de reclamações e a sua influência na estratégia da instituição de saúde privada**

Ou seja, de que forma os gestores das reclamações percebem este fenómeno, tendo em conta a sua experiência quotidiana, e de que forma a sua tomada de decisão perante um processo de reclamação do utilizador interfere com a sua atitude interior perante o seu mundo, tanto a nível profissional, como a nível pessoal.

MÉTODO:

Pretende-se realizar um estudo de **paradigma qualitativo** do tipo exploratório-descritivo com análise de conteúdo, que visa descrever os significados do ponto de vista dos participantes. Sendo os participantes elementos ricos em informação, apenas eles podem fornecer dados sobre a sua experiência, tal como é realmente vivida, permitindo, assim, conhecer a experiência de vida do indivíduo ou o significado do fenómeno.

Se participar neste estudo, realizaremos uma **entrevista semi-estruturada, audiogravada e transcrita**, composta por 3 (três) questões onde lhe é dada a possibilidade de descrever a sua experiência sobre o fenómeno de interesse. Prevê-se que esta entrevista tenha uma **duração média entre 30 m a 60 m** e vai decorrer **em local calmo, à sua escolha, tendo em atenção a sua disponibilidade e garantindo a sua privacidade.**

A sua participação neste estudo será objecto de um tratamento justo e imparcial; terá sempre acesso a esclarecimentos sobre qualquer questão que surja durante o estudo; e os resultados do mesmo serão-lhe apresentados.

RISCOS POTENCIAIS:

Não existem quaisquer tipos de riscos potenciais para os gestores que respondam a esta entrevista.

PARTICIPAÇÃO:

A escolha de participar, ou não, no estudo **é voluntária**. Poderá desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga algum prejuízo.

CONFIDENCIALIDADE:

Todos os dados e informações que estiver disposto a ceder para o nosso estudo **serão tratados(as) de forma confidencial**, e destruídos(as) no final do estudo. **A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida**, a não ser pela própria investigadora. Os resultados serão postos à disposição a pedido dos interessados.

POTENCIAIS VANTAGENS:

A sua opinião será valorizada e vai contribuir para descrever um determinado fenómeno enquanto experiências vividas, assim como **potenciar estratégias na resolução das reclamações da sua instituição**.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____

Declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia do estudo intitulado
“Reclamações: A sua importância na Unidade de Saúde Privada.”

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação neste estudo e que poderei em qualquer momento recusar continuar a participar no mesmo, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa.

Sei, também, que os dados da entrevista por mim respondida serão utilizados somente para fins académicos e destruídos pela investigadora após realização do estudo.

Os resultados do estudo poderão ser por mim consultados sempre que o solicite.

Fui informado(a) que não terei qualquer tipo de despesa e nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação neste estudo.

Depois do exposto anteriormente, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Ass: _____ Data: ____/____/____

Investigadora: **Cristiana Furtado Firmino**

Aluna do V Curso de Mestrado de Gestão em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa

Contactos:

962-781-712
c.firmino@ensp.pt

Anexo 4
Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

1) Como procede quando recebe uma reclamação?

Esta questão serve para a introdução do tema, de forma a incentivar o participante a descontrair e ganhar confiança. É uma resposta formal.

Foi delineada com o objectivo de compreender o circuito da reclamação, nesta instituição, uma vez que este veicula o circuito de comunicação entre a instituição, o utilizador do serviço de saúde e as entidades que tutelam e regulam os serviços de saúde.

2) Quais são os critérios que utiliza para dar resposta a uma reclamação?

Procurar avaliar o próprio sistema interno, assim como meios disponíveis na análise e categorização das reclamações pelos responsáveis pela gestão da reclamação.

3) Como percepciona o seu contributo na tomada de decisão para responder a uma reclamação?

Conhecer a posição dos gestores relativamente à percepção e avaliação que fazem sobre a sua contribuição e intervenção no circuito de reclamação.

4) Qual a implicação (quais as implicações) de uma reclamação para a área que coordena?

Esta questão tem por objectivo analisar a utilização do registo de reclamações na adopção de medidas de melhoria, a problemática das respostas e as atitudes e comportamentos dos visados pelas reclamações, após a resposta por parte da instituição.

<p>Anexo 5</p> <p>Excertos das entrevistas</p>
--

E1 (Pré-teste)

1. Como procede quando recebe uma reclamação?

Quando recebemos uma reclamação ou sugestão, o procedimento segue a mesma linha. Recebemo-las de diferentes formas, formatos ou suporte: reclamação verbal, por escrito, presencial ou por telefone. Neste caso, quando não pretende redigir ou formalizar a reclamação, tiramos algumas notas e garantimos ao cliente que iremos dar alguma resposta, num prazo curto de tempo, independentemente do conteúdo da reclamação.

Quando recebemos por escrito, que pode ser no livro de reclamações, no folheto, uma carta ou um e-mail, o procedimento é verificar o que se passou internamente e responder ao cliente por escrito, sempre. Quando se verifica que as averiguações vão demorar tempo, contactamo-lo a informar que não esquecemos, mas que está a demorar mais tempo do que aquele que era espectável. Então, quer seja uma reclamação verbal, quer seja por escrito, há sempre uma resposta. Os tempos de resposta variam, conforme o grau de complexidade da reclamação. Exerço a função desde o início da abertura da instituição [...].

Dê-me um exemplo de como trata uma reclamação, desde a sua abertura até ao fecho ou arquivamento do processo

Dou o exemplo de um cliente que está na recepção principal e que nos ligam, pois quer reclamar no livro. Nós vamos ao encontro do cliente e levamos o livro de reclamações, tentamos naturalmente ajudar o cliente, independentemente de a reclamação ser ou não efectuada (muitas vezes acaba por não ser feita), pois consegue-se dar solução à sua insatisfação.

Imaginando que não, e que o cliente quer reclamar: uns são mais disponíveis para conseguirmos chegar a um entendimento; mas outros não estão para aí virados e querem concretizar a reclamação! Então, nós formalizamos a reclamação, seja no livro ou no folheto, trazemo-la para o gabinete, digitalizamos e, caso seja necessário, reencaminhamos ou para o centro de gestão ou para o responsável da área. O objectivo é obtermos uma resposta e tentarmos perceber o que se passou naquela situação. Depois, respondemos ao cliente, sempre por escrito.

De qualquer forma, posso dizer que se foi no livro, temos sempre que informar a entidade reguladora da saúde. Nesta instituição a informação é digitalizada e enviada por e-mail, acompanhada pela reclamação efectuada pelo cliente. Encontramos esta forma, mais fácil enquanto empresa, de dar conhecimento da situação. Depois, após a nossa resposta, o cliente pode, ou não, ficar satisfeito. Quando não fica, manifesta-se perante a entidade reguladora da saúde (a qual volta a pedir-nos novas alegações), e temos que voltar a responder ao cliente com o respectivo conhecimento da entidade reguladora [...].

2. Quais são os critérios que utiliza para dar resposta a uma reclamação?

Desde que a reclamação entra, é registada numa tabela “Excel”, ou seja, preenchemos a data de reclamação, o tipo de reclamação e o seu descritivo, o N.º de cliente, a identificação hospitalar, a quem atribuímos a responsabilidade para a resposta, a data da resposta ao cliente. Ou seja, desde a

sua recepção até ao seu fecho, fica tudo registado. É uma forma de termos controlo sobre as reclamações, quantas foram, quais as áreas com maior quantidade.

Também para reportarmos mensalmente, à administração e aos centros de gestão. São vistas como forma de melhorar os serviços. Reclamar, sim, não só para dar resposta ao cliente, mas também de forma a melhorar os procedimentos e os serviços do hospital. O reencaminhamento da reclamação, depende se é clínico - em termos médicos ou de enfermagem - ou se é de processos.

Quando obtemos resposta, ela é comunicada ao cliente. Quando este se mostra satisfeito, damos por encerrada a reclamação. Guardamos tudo em pastas, para nossa protecção. Agora podemos pensar que o cliente ficou satisfeito, mas pode voltar atrás e referir que não recebeu, ou que não era a resposta esperada. Arquivamos tudo, para ser consultado de forma simples e quando seja necessário. Quando passa pela entidade reguladora da saúde, procedemos da mesma forma. Está tudo guardado para ser facilmente consultado. Tratamos sempre as reclamações de igual modo, quer sejam formais no livro de reclamações, quer sejam pelos folhetos colocados nas caixas acrílicas. O cliente pensa que ao reclamar no livro, o seu assunto terá mais interesse, entendem que é mais forte. Também para o hospital tem mais peso, consoante o tipo de reclamação. Quando reclamam no livro sobre o tipo de espera, por ex. que foi mais do que 30 minutos, no nosso ver parece que pouco interessa para a ERS. Mas agora se for ao nível clínico, seja médico ou de enfermagem, já é diferente.

Muitas das vezes, o “call-center” encaminha o telefonema para o gabinete, uma vez que somos os responsáveis pelas reclamações, mesmo que esta não tenha passado por nós. Tentamos centralizar todas as reclamações e registá-las mas, como deve calcular, somos 3 pessoas, logo, não sabemos todas se recebemos a reclamação. O que se está a tentar fazer, é que todos os serviços tenham um gestor de reclamações, para que tenhamos uma referência, e não tentar encaminhar consoante a situação. É como um elo de ligação entre o GAC e restantes áreas. Vai agilizar a situação e dar uma maior satisfação ao cliente.

3. Como percepciona o seu contributo para a tomada de decisão na resposta à reclamação?

Quando recebo uma reclamação, tento colocar-me na posição do cliente, pois, como costumo dizer, na posição do hospital já cá temos muita gente. O que se pode fazer, para ajudar o cliente? Tento percorrer o caminho para tentar dar resposta, que pode ou não ser aceite, uma vez que tenho uma hierarquia pela frente.

Agora, acho que nós, como serviço de apoio ao cliente, tentamos difundir o máximo de informação aos decisores, o que é muito importante, porque situações que à partida parecem absurdas (exemplo: reclamam da facturação), se formos investigar profundamente poderão existir inúmeras situações que podem dar razão ao cliente. Tentamos sempre analisar cada caso e não darmos uma resposta predefinida e que o hospital tenha sempre razão. Tentamos dosear as duas situações. É importante avaliarmos os dois lados.

Em termos de decisão, não tenho o poder de decisão final. Tenho, isso sim, o poder de ouvir o cliente, filtrar o que é por ele dito e reencaminhar para a área que pode dar resposta à reclamação efectuada.

4. Que implicações traz uma reclamação para a área em que trabalha?

Para nós é mais uma reclamação. Ou seja, partimos do princípio que, para o cliente estar a reclamar algo no hospital não está a funcionar bem, e não propriamente o gabinete de apoio ao cliente. Gostamos de ter poucas. É algo que gostamos de evitar. Quando seguimos o processo que há pouco falei e conseguimos travar a reclamação, tentar ajudar na altura, ou tentar solucionar a situação do cliente insatisfeito, essa é a nossa função [...].

As suas reclamações apontam o sentido para a melhoria. Agora se todas as reclamações tem sentido? Claro que não! A maior parte é do tipo de facturação e tempos de espera nas urgências, no nosso AMP.

Estou agora com um processo de reclamação em mãos, em que o cliente, refere uma situação, em que respondi após as averiguações feitas no serviço. Agora questiona novamente porque acha que o hospital se está a desculpabilizar, e estou novamente a responder que não, e já foi accionado o seguro, logo é porque o hospital está a assumir alguma coisa.

Tirando alguns casos pontuais, ficam satisfeitas com a primeira resposta. Muitas das vezes, não são as respostas que estariam à espera. Às vezes esperam devoluções ou indemnizações, mas como tivemos a preocupação de responder, num modo geral ficam satisfeitos [...].

Existe algo mais que seja pertinente, sobre esta temática, e que queira dar o seu contributo?

Sim, se me perguntar se este hospital dá importância ou aproveita as dicas que são dadas pelo cliente, digo-lhe que sim. Todos os meses temos que reportar as reclamações, quer seja a nível dos centros de gestão, quer a nível da administração, e conseguem visualizar se tem mais ou menos reclamações e comparar. Não é só mais uma reclamação. Vamos ver o que se pode melhorar!

Dou o exemplo da sinalética, que foi bastante frisada na abertura do hospital e onde já existiram melhorias. O hospital tem os seus procedimentos, mas não são cegos. Cada caso é um caso, e tentamos transformar cada reclamação em algum tipo de sugestão para a melhoria do serviço. Acho que vale a pena aprofundar esta temática. É muito importante para melhorar os serviços prestados.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E2**1. Como procede quando recebe uma reclamação?**

Quando recebo uma reclamação, seja presencial, pelo gabinete do utente ou por e-mail, e eu apenas recebo reclamações da parte médica, dos médicos, abro o processo do doente e envio uma cópia ao médico ou médicos interveniente (s) no processo. Depois, com base na minha interpretação, no que eu penso sobre o assunto e com base no que me é dito pelos colegas e pelo que é dito pelos reclamantes, dou uma resposta, que é depois enviada para o cliente.

Essa resposta é dada automaticamente por si ou passa por outro serviço?

Eu envio a resposta ao cliente e envio uma cópia ao gabinete do cliente, para abrirem o processo e terem conhecimento do que eu escrevo, por causa do processo.

2. Quais os critérios que utiliza para dar resposta a uma reclamação (se existe algum guião, procedimento, alguma “ckecklist”) que o ajude a dar a devida resposta no tratamento da reclamação?

Consulto o processo, ouço os vários intervenientes, às vezes são apenas um médico, outras vezes são vários. Quando intervêm diversas especialidades. Não tenho nenhum guião e existe já uma noção de tipo de reclamação. Os clientes reclamam pelo tempo de espera, ok, já tenho uma resposta mais ou menos uniforme. Outras são de ordem técnica...

Pegando no bom português, “embirraram um com o outro” (o cliente e o médico), é muito difícil responder a estas. Depois as de ordem técnica, estou a referir-me aos clientes que recorrem à urgência para realizar uma panóplia de exames, ou seja, serem vistos por muitos especialistas, e a urgência não é para esse tipo de situações!

Outras vezes, têm razão, e quando têm razão, dá-se-lhes razão. Vejo caso a caso e tenho mais atenção à parte clínica. Mas não, não tenho nada para me guiar, excepto o meu bom senso e a minha perspectiva da situação.

3. Como percepciona o seu contributo na tomada de decisão para responder a uma reclamação? (ou seja, a intervenção propriamente dita).

Eu quando respondo, percepciono que tenho sempre razão! Quando às vezes recebo a contra-resposta, referem que estou a ser corporativista, que estou a defender a casa, etc, etc. Mas, habitualmente, quando respondo é de forma assertiva, seja com razão do cliente ou não. Não é só dito, é também escrito. Tem que se ver bem o processo, falar com as pessoas e então decidir, certo?

4. Quais são as implicações de uma reclamação para a área que coordena? (como faz o registo da reclamação, como adopta melhorias entre outros)

Em relação à UCI, são muito raras, muito raras mesmo (talvez 2 a 3 por ano) e, até agora, os clientes não têm tido razão. Lá em cima, a mesma coisa, raramente têm razão (temos para aí umas 4 a 5 reclamações por ano).

No caso do AMP já é diferente, eu discuto os casos clínicos com os intervenientes. Já agora, como exemplo, vamos ter amanhã uma reunião de morbilidade, a primeira, relacionada com 12 casos que correram mal. Não nomeando os médicos, mas foram 12 casos que correram mal. Claro que já houve melhoria, no circuito de doentes, na chamada de especialistas. Os médicos que estão de urgência no AMP chamam um especialista (por ex: um oftalmologista) e este não vem, logo, quem fica à cabeça do touro é o médico que lá está.

Melhoramos o circuito de doentes, com as assistentes, que torna mais fácil nos processos. Mas temos que aprender com os erros e temos, também, que saber que erramos, saber o porquê de termos errado. Por isso é que amanhã vamos ter esta reunião, tipo “auditoria interna”. Relativamente às melhorias em termos de organização, a sua repercussão é imediata: tempos de espera mais reduzidos, melhor circulação entre os exames e especialistas.

Já o ajuste em termos clínicos é mais difícil, e só passado algum tempo é que conseguimos perceber a melhoria. Em relação ao internamento, houve uma clara melhoria, desde a abertura até à actualidade. No início, nem suporte de soros tínhamos para todos. Havia falta de tudo. As famílias eram impiedosas, queriam os médicos a toda a hora, a todo o instante.

Enfim, passei aqui por coisas que nunca passei em toda a minha carreira e já lá vão 35 anos: desde faltas de educação e mau comportamento dos reclamantes e suas famílias, mais estas que propriamente os doentes, vinham para aqui com espírito de novos-ricos. Provavelmente não reclamariam noutro sítio, mas aqui reclamavam, porque era um hospital novo, particular e uma novidade. Confrontavam-nos muito com as nossas insuficiências, essa era a realidade, depois tudo melhorou [...]. Estou aqui farto de conversar, a pensar que não iria falar muito, mas estou farto de conversar, desabafar....

(Dê-me um exemplo se for mais fácil para si, como trata uma reclamação desde o início que a recebe até ao arquivamento da mesma).

Há uma reclamação, em que, desgraçadamente, foi notória a negligência, desde o RX que não foi bem interpretado nem lido. Tinha uma lesão pulmonar, uma doença infecciosa (veio cá mais duas vezes) que só foi diagnosticada há 3.^a vez, numa consulta de pneumologia cá no hospital. Para mim, é grave!

E poderia ter sido ainda mais grave, pois a senhora tinha uma tuberculose bacirifela (ainda por cima). Claro que depois foi tratada, felizmente não contaminou ninguém, fizemos inquéritos ipeimológicos, accionamos o delegado de saúde pública. Claro está que a cliente solicitou uma indemnização ao hospital, e tivemos que accionar o seguro hospitalar e do médico que falhou o diagnóstico.

Nós temos seguros, ou seja, devemos ter todos seguros, tanto os médicos como os enfermeiros, seguros de risco profissional. A minha mulher, que é enfermeira, também tem, apesar de estar agora a dar aulas na escola de enfermagem. Porque quando existe um erro grosseiro, a roçar a negligência, são accionados os seguros e, neste caso, a senhora foi indemnizada.

Agora, há outras situações contrárias. Houve uma vez uma senhora da televisão, que pensava que chegava aqui e era atendida à frente de toda a gente, pois era muito importante! Que passava à

frente de toda a gente, claro que teve que esperar como os outros clientes! Foi bem vista, por acaso até foi bem vista nesse dia e os registos estavam impecáveis, coisa que não acontece com os médicos. Convosco, enfermeiros, é diferente, vocês têm sempre registos ótimos, excelentes, mas neste caso até estava tudo documentado.

A senhora exige então ser vista por um Otorrino, e foi vista pelo Dr. [...]. Veio cá de propósito num sábado. Saiu ainda o episódio não estava encerrado, ou seja, sem uma prescrição terapêutica e sem darmos alta, acabou por ser vista e tratada noutra sítio. Envia-me, então, uma exposição a dizer que éramos péssimos, que isto era impossível e que o tempo de espera era horrível. Menti desde o princípio. [...].

O que nos valeu, dessa vez, foram os registos dos médicos (como disse anteriormente, nunca registam muito, o que é mau, mas neste caso estava tudo muito bem explicado). Armou uma cegarrega em todo o lado. Enviou, então, a sua exposição para a entidade reguladora da saúde e para a ordem dos médicos. Eu respondi com um texto todo elaborado, tanto para a cliente como para os outros e, como é óbvio, o processo foi todo arquivado. Queria fazer sangue, mas aqui não conseguiu. Dei um caso com razão e outro sem razão.

Nesse caso da tuberculose tivemos uma sorte! Ainda por cima era uma educadora de infância [...]. É o que eu digo sempre aos médicos lá em baixo: basta um deslize para a instituição ficar em causa, a nossa imagem, a nossa marca.

Cerca de 15% das reclamações são com razão no hospital, e não estou a falar dos tempos de espera e do circuito. Aqui reclamam. Ainda há pouco tinha um SMS de uma colega que trouxe a mãe cá para ser vista no AMP, mas como estive 4 horas à espera, já me estava a ligar! Só cá tinha uma neurologista ontem, que se tinha que dividir entre consultas, visitas aos internamentos e urgência, é impossível. Claro que se tivesse recorrido ao público não reclamava, aqui reclama!

Por último, tem noção de em quanto tempo deverá ser respondida uma reclamação?

Sei que são cerca de 10 dias úteis, mas eu tenho a noção que não cumpro. Tenho que dar o braço a torcer. Às vezes tenho que levar um molho de trabalho para casa, demoro mais tempo, evito demorar mais do que 1 mês. Quando reclamam no livro são dez dias. Posso dizer que tenho casos de Fevereiro, estamos em Março. Esforço-me mais para responder aos que reclamam no folheto, do que propriamente aos que reclamam no livro, porque aqueles são amáveis, por isso apresso-me a responder. Os que reclamam no livro face à lei, levo mais tempo. Trato as reclamações de igual forma, dando ênfase aos folhetos.

Existe algo mais que seja pertinente, sobre esta temática, e que queira dar o seu contributo?

Tenho mais uma ou duas coisas a dizer-lhe. Às vezes tenho reclamações presenciais, e esse tento tratar logo, na altura. É uma questão de estratégias, chego até a dar consultas gratuitas para resolver situações mais delicadas e isto funciona sempre bem. As pessoas ficam tranquilas, que se importou com a sua situação e deu uma resposta, ficam satisfeitas! A instituição preocupou-se.

Temos que ter a noção que as reclamações têm consequências. As reclamações são vistas como preocupações. Uma reclamação vale mais do que 100 elogios, porque causa-nos mágoa e

pesa mais quando o outro lado tem razão. Temos que pôr a cabeça no cepo, desculparmo-nos. Às vezes, é necessário abrir processos internos, de forma a medirmos outro tipo de situações, tais como abrir processos cíveis e criminais. Estamos a adquirir muito dos países estrangeiros, por isso, cada vez mais as reclamações são de extrema preocupação.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E3

1. Como procede quando recebe uma reclamação?

A reclamação que recebo já vem filtrada, vêm do apoio ao cliente. São as da área clínica que são encaminhadas para mim. Às vezes, recebo-as mistas, ou seja área clínica e área não clínica. A minha parte, faço a avaliação, vejo o que se passa e peço resposta aos meus colegas, que foram intervenientes no processo, e quando não consigo ter acesso ao nosso sistema informático. A parte não clínica, encaminho para a área em questão, seja administrativa, jurídica, administração, etc.

2. Quais os critérios utilizados para dar resposta a este tipo de reclamação?

Não utilizo nada, excepto a minha experiência. A reclamação aparece depois de se ter tentado resolver a questão com o reclamante e o nosso apoio ao cliente e não for resolvida, claro tudo na área clínica, vêm ter comigo e eu logo vejo, se tem pés para andar ou não! Se tiver alguma resuminidade, vou ler primeiro o que o colega escreve e quem é o colega, para o poder sinalizar, vou ao sistema informático e vejo, se o reclamante tiver razão, chamo o colega, peço para vir ao meu gabinete e pergunto o que aconteceu e depois tento aligeirar o problema, tenta-se resolver a reclamação logo aí. Às vezes, percebem que não houve má intenção nem deliberada acção pelo colega e o problema resolve-se.

Quando não se consegue resolver logo, eu escrevo o que tenho de escrever, complementando a informação (ou eu próprio escrevo o que se passou), é enviado para o conselho de administração e este normalmente, quando as reclamações são consideradas com rasuminidade, remetem ao nosso contencioso, ao gabinete jurídico da Espírito Santo Saúde.

Debate-se o caso, a reclamação, e se virmos que o cliente tem razão tentamos chegar a um acordo com o reclamante. Se este aceitar, ok fica tacitamente arquivado. Quando vemos que não tem razão, mas o reclamante acha que não e quer ir para a frente, então nós accionamos o seguro de responsabilidade civil, que acciona o perito, que fala com todos os intervenientes envolvidos do caso e chegamos a uma conclusão, vamos para tribunal, ou não vamos, ou então tentamos chegar a um acordo. Muitas destas reclamações também seguem, simultaneamente, um circuito pela ordem dos médicos e, portanto, temos que repetir a informação. Às vezes, vai para o ministério público quando já é um caso cível. Às vezes não é suficiente, pedem mais dados e, depois, aguardamos o resultado. Felizmente, até agora não temos tido grandes problemas.

3. Como percepciona o seu contributo na tomada de decisão para responder a uma reclamação?

Quando acontece sistematicamente a reclamação, temos uma conversa com o colega e tentamos corrigir a atitude e o comportamento do colega. E quase sempre é eficaz. Quando nós percepcionamos que a culpa é claramente do colega, automaticamente é proposto que accione o seu seguro de responsabilidade civil.

Logo, todo o circuito que foi falado anteriormente é feito pelo seguro individual do colega. Quando propomos que seja accionado, e já aconteceu 2 ou 3 vezes, até agora respeitaram a minha decisão.

4. Qual a implicação de uma reclamação para a sua área de coordenação?

As implicações são para nós uma forma de realidade e de conhecimento do contacto com o nosso cliente. As vossas (as de enfermagem) eu não as vejo: é a directora de enfermagem que trata delas, a não ser que esteja num contexto misto, médico e enfermagem. Então, as reclamações são vistas como instrumento de aferição para percebermos se os médicos estão realmente a cumprir o que lhes é exigido, percebemos a sua qualidade e na normalidade dos casos estão.

Inequivocamente, a reclamação é vista como uma melhoria, mas temos que filtrar. Nem sempre os clientes têm razão, às vezes estão histéricos e reclamam por tudo e por nada. É uma área extremamente importante e crucial para a instituição, o gabinete de apoio ao cliente utiliza essa informação com regularidade, mensalmente, para ver onde podemos melhorar e evitar cometermos os mesmos erros

Por último, tem noção de em quanto tempo deverá ser respondida uma reclamação?

Tenho noção que existe um tempo estipulado para responder quando a reclamação é feita no livro, porque vai para a entidade reguladora, mas de momento não tenho presente. Tento responder a uma reclamação de forma rápida. Às vezes os colegas demoram um pouco para dar a resposta, aí é claro que eu os pressiono.

Não tenho percepção do tempo de resposta, despacho com um prazo razoável, às vezes, são pessoas muito maçadoras que não têm razão nenhuma, e o tempo ajuda a acalmar os ânimos. Já aconteceu reclamarem e eu chamo-as ao meu gabinete para trocarmos impressões sobre o que se passou e já nem se lembram. Fizeram a sua catarse quando reclamam e quando escreveram e, assim, ficam satisfeitas.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E4**1- Como procede quando recebe uma reclamação?**

As reclamações neste departamento têm várias origens, uma vez que este departamento é de “fim de linha”. É onde o cliente paga a conta final. Aqui conseguimos reunir reclamações com atrasos no pagamento do reembolso, atrasos no fecho de contas, atrasos na facturação. Aqui a parte clínica é logo encaminhada para o gabinete de apoio ao cliente, mesmo quando chega via CTT. Recepcionamos a reclamação e normalmente não temos a resposta connosco. Temos que pedir ajuda ao serviço a que diz respeito, tesouraria, apoio à facturação etc. Tentamos com o apoio de outros serviços dar resposta ao cliente insatisfeito.

2- Quais os critérios utilizados para dar resposta a uma reclamação (se existe algum guião, procedimento, alguma “ckecklist”) que a ajudem a dar a devida resposta no tratamento da reclamação?

Se forem casos tipo de atrasos de devoluções, já temos alguns ficheiros, que conseguimos ver e dar a resposta automática ao cliente. Quando é uma situação em que não temos nenhuma informação, pedimos automaticamente ajuda ao serviço, aos responsáveis do determinado serviço de onde parte a reclamação, faço eu e todas as minhas colegas deste serviço.

Aqui não são sempre as mesmas pessoas que recebem as reclamações. Aqui podem ser feitas em “front-office”. Tentamos é ter uma resposta o mais rápida possível, tentamos sempre que o cliente não saia sem uma resposta, ou com o problema encaminhado, ou até mesmo resolvido.

3- Como percepciona o seu contributo na tomada de decisão para responder a uma reclamação? (ou seja a intervenção propriamente dita).

Quando recebemos via CTT, ou por e-mail ou telefone (temos várias pessoas que estão o dia todo a resolver situações via telefone), nessa parte não temos o *pressing* de ter o cliente à nossa frente, mas na mesma tentamos ser rápidas na resposta. Cada uma de nós, tentamos ver a origem do problema, procurar uma resposta para solucionar o problema. Como somos uma área de ligação com o gabinete jurídico, temos tudo arquivado, digitalizado e guardamos todos os e-mails que enviamos e trocamos entre departamentos, até se ter uma resposta e o arquivamento do processo de reclamação.

4- Quais são as implicações de uma reclamação para a área que coordena? (como faz o registo da reclamação, como adopta melhorias entre outros)?

Na minha área não temos reclamações, porque somos a parte final, só cá estamos para receber o pagamento. O que pode ter corrido mal, é para trás. Quando reclamam, assumimos como nossas e tratamo-las, mas é sempre algo que aconteceu atrás. Pontualmente, já tivemos! O cliente não gostou da expressão facial da colega que o atendeu e quis reclamar, só mesmo deste tipo, uma vez que este departamento é o ponto final, é a recta final.

Inicialmente, era para ser uma área de atendimento para a facturação, entretanto passou a ser uma área de atendimento geral, ponto! Às vezes os clientes saem irritados e chateados do internamento, das consultas externas, do AMP e até querem escrever no livro de reclamações, vêm ter connosco, porque estão mais resguardados, conseguimos acalmá-los e accionamos logo o processo com o gabinete de apoio ao cliente para resolver a situação. Certificamo-nos que o cliente tem uma resposta. Claro que estas situações atrasam-nos, temos que estar a tratar do passado e atrasamos o nosso trabalho.

De uma forma geral, os processos arrastam-se. Se fossem tratados com mais rapidez, e se ouvissem quando reclamam, ou seja, olhar nos olhos e ouvir, pedir desculpas, às vezes um pedido de desculpas na hora resolve tudo. Não há tempo, o hospital é muito grande, muito movimento.

Temos que nos concentrar em arranjar tempo para ouvir o cliente, o mercado está feroz a nível dos privados. E se não retemos os nossos clientes, eles não vão voltar. Temos que agarrar o cliente, ouvir, senão eles não regressam. Às vezes são burocracias pequeninas, que conseguem ser facilmente resolvidas e não o são, os processos arrastam-se!

Por último, tem noção de em quanto tempo deverá ser respondida uma reclamação?

Sei que, para a ERS, temos o prazo de 10 dias quando reclamam no livro. Mas não respondemos a reclamações nesta área, porque, como disse anteriormente, não as temos, nem temos livro, sempre que acontece essa situação chamamos o GAC. Já agora, posso dar-lhe a minha opinião sobre outro assunto?

Sim, pode falar sobre tudo o que esteja relacionado com esta temática e que seja pertinente para este estudo:

É necessária uma equipa do GAC maior, só as três não dão conta do recado. A equipa deve ser especializada, formada, conhecer os circuitos do hospital. Muitas das vezes não conhecem, logo, não conseguem dar resposta à insatisfação do cliente, logo, isso implica que a resposta dada não é de forma atempada. É preciso conhecer o sistema para dar resposta ao nosso cliente, senão eles não voltam. E com esta recessão não podemos perder clientes. Pronto! Tenho Dito.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E5**1- Como procede quando recebe uma reclamação, após a filtração da mesma?**

O circuito normal – o que deveria, mas que algumas não seguem a regra –, deveria ser a seguinte, e estou a basear-me nas reclamações escritas, porque as reclamações presenciais, ou seja na hora, tentam logo ser resolvidas na hora. Por escrito, são reclamações mais complexas. É dada a sua entrada pelo gabinete de apoio ao cliente, de seguida é feita a recolha de informações no serviço em questão. Quando são de componente médica, são pedidas informações à direcção clínica, sobre o tema e sobre o(s) médico(s) envolvido(s); se for sobre a área administrativa, financeira, ou de gestão operacional da unidade, são envolvidas directamente os centros de gestão.

Quando são assuntos mais delicados, é aberto o que chamamos de inquéritos internos, com os envolvidos. Quando envolve matéria jurídica (responsabilizar provocar dano ou dolo), provocar dano à instituição e à sua imagem, é pedido ao gabinete jurídico, o seu apoio para a preparação e elaboração da resposta.

Mesmo nas vezes em que não tenham o arrolamento legal, mas que são temas estratégicos ou que possam beliscar a imagem, a marca da instituição ou o nome do hospital, denegrir o seu nome, é solicitado então ao gabinete jurídico para compormos a resposta e procurar a melhor forma para responder ao cliente. Isto em cada reclamação em concreto.

Agora o que fazemos muitas vezes com administração, e agora com o responsável por este departamento do apoio ao cliente, e por vezes também com a área financeira, é tentar criar vários procedimentos para situações mais sensíveis, tendo em conta várias reclamações sobre o mesmo tema. Ou seja, quando observamos que existem várias reclamações sobre determinada questão, tentamos criar um procedimento para que as coisas sejam feitas da melhor maneira e para evitar que, de futuro, não haja mais reclamações nessa matéria. Nesta área, nós no gabinete jurídico temos margem de manobra para ajudar a montar o procedimento de forma mais limpa, transparente.

2- Pegando ainda no circuito, qual o tempo estimado para uma resposta a reclamação?

Depende do tipo de reclamação, se são orais ou escritas. Não sei se agora a instituição já faz o registo das reclamações orais, mas temos muitas reclamações, são muitas mesmo. Claro que existe um facto que contribui para isto, que é as pessoas pagarem pelo serviço, logo, motiva a reclamação. São, claro, mais simples, como o tempo de espera ou a facturação, mas não deixam de ser sempre reclamações, é claro. Nós aqui não temos acesso a todas, mas para ter uma ideia, nós no gabinete jurídico recebemos cerca de 5 a 6 por semana! Claro que os sistemas repetem-se, as pessoas têm dúvidas sobre determinadas palavras, determinadas respostas que são dadas, ou imputações que são feitas ao hospital, à cautela envolvem o gabinete, para mais conforto adicional, mais segurança.

3- Quais os critérios que utiliza para dar resposta a uma reclamação? (sejam eles subjectivos ou objectivos).

Bem ou mal, há uns critérios que utilizamos sempre. Tentamos perceber o que se passou, porque entre uma reclamação e os factos, a diferença entre a realidade é muito grande. Porque há

clientes muito mal intencionados, há palavras que não se percebem, não se sabe exprimir, temos que lidar sempre com estas situações. Este é o primeiro passo.

O segundo é colocarmo-nos no papel do cliente e perceber, se tem razão ou não. Claro que existem vários factores, mas perceber, se isto acontecesse comigo o que faria? Reclamava ou não?

Terceiro ponto: Perceber se houve uma falha ou não. Perceber se essa falha resultou de um lapso, ou se efectivamente, foram cumpridos todos os procedimentos e o cliente não concorda com o nosso procedimento. Nesse caso tentamos explicar todo o processo ao cliente, concordando ele ou não.

Quarto e último aspecto: é o critério que utilizamos para resposta, é o grau de envolvimento da pessoa com os nossos serviços. Se é uma pessoa que está a procurar os nossos serviços pela primeira vez, ou se já é cliente habitual e regular.

E se for este o caso que de repente reclama, aí o assunto já é mais delicado, temos mais atenção. É alguém que confia em nós, porque temos serviços de excelência, e de repente reclama: alguma coisa falhou e deve haver algo que podemos fazer e melhorar.

4- Como percepciona o seu contributo na tomada de decisão para responder a uma reclamação? (ou seja a intervenção propriamente dita).

Tentamos sempre o equilíbrio, entre a defesa da instituição e uma resposta satisfatória a uma cliente, dou-lhe um exemplo: Seja no anular de uma factura, realizar novamente um exame sem custo adicional, reencaminhar o caso para a companhia de seguros para tentar uma indemnização. Claro que existem aqui excepções, como dizia há pouco.

Se eu percebo – daquilo que me é transmitido seja pelos médicos, enfermeiros, área administrativa ou financeira - que as coisas foram bem-feitas e de forma correcta, a minha decisão vai ser baseada no sentido de que tudo foi feito, cimentar a nossa posição, lamentar algum inconveniente.

Eu não acho que nós temos que dar toda a razão ao cliente, até porque muitas vezes ele só quer uma resposta para a sua situação, o cliente não percebeu, está baralhado, está numa fase mais crítica da sua vida, não é correcto que seja dado 100 % razão ao cliente. Agora se falhámos, se não agimos de forma correcta, então aí também somos os primeiros a assumir, de forma respeitosa, concreta e educada e tentarmos fazer algo para alterar a situação. É esta a forma que decidimos na elaboração de uma resposta para o cliente. É sempre neste sentido.

(Dê-me um exemplo se for mais fácil para si, como trata uma reclamação desde o início que a recebe até ao arquivamento da mesma).

Claro, claro. Houve um caso no AMP, que o cliente reclama porque não ficou satisfeito com a forma como foi tratado, ou seja não foi diligente o seu tratamento, envolveu-se a direcção clínica e chegou-se à conclusão que o médico não fez a sua diligência de forma correcta. Atenção, não se está aqui a dizer que o médico não fez o seu trabalho, que cometeu algum erro grave, não. Mas como apregoamos a excelência e qualidade dos serviços prestados, o médico poderia ter tido mais

algumas cautelas, providenciar outro tipo de exames. Então, envolvemos a companhia de seguros e perdoamos ao cliente a dívida.

Este é um caso positivo, de sucesso por parte da reclamação efectuada. Noutros, em que são cometidos erros ou houve dolo do cliente, é accionado o mecanismo de indemnização. Estes exemplos deram azo a serem revistos determinados procedimentos e evoluir no sentido de melhorar os mesmos, ou até criar procedimentos para evitar este tipo de reclamações.

Exemplos menos positivos são os de clientes que reclamam por estarem 2 horas à espera para ser atendidos, e a quem explicamos que houve determinado pico excessivo e, por muito que tenhamos vários médicos e enfermeiros a trabalhar, houve uma afluência excepcional, é normal que às vezes se atrase. São situações com que nos deparamos e que, por muito que se ajustem escalas, vão sempre acontecer. Tentamos explicar ao cliente que foi tudo bem feito, há pouco que se possa fazer e apenas lamentar o sucedido.

Por último quanto tempo deverá ser respondido uma reclamação?

Como imperativo legal e a bom rigor deveríamos dar conhecimento à DGS, mas o que é que acontece? Como há boas relações entre a DGS e a ERS, e para não duplicar e tornar todo o processo mais complicado, a ERS chama a si todas as reclamações que são efectuadas no livro, em todas as áreas da saúde.

Assim que recebemos uma reclamação, deveríamos notificar a ERS, depois dirião que temos 10 dias para responder e nós responderíamos, mas como temos boas relações com a ERS, negociamos outro tipo de situação com eles, não só se torna mais fácil, como também é mais célere, é mais rápido, para nós, para o cliente e para a ERS, então, assim que recebemos uma reclamação, preparamos logo o processo em 10 dias, informamos o cliente com cópia para a ERS.

Depois, consoante o caso, a ERS determina se é arquivado o processo ou não. Posso dizer-lhe que em mais de 95 % dos casos são arquivados. Ou porque prestamos um bom esclarecimento, ou porque viram que de todo o cliente não devia ter reclamado. Os outros 5 % são os que dão direito a inquéritos internos, que tem procedimentos mais cautelosos. Nas outras todas os prazos são mais alargados, quando o processo assim o exige, e em outros casos até a resposta é mais rápida, nem se demora muito tempo.

Existe algo mais que seja pertinente, sobre esta temática, e que queira dar o seu contributo?

Sim, posso dizer-lhe que a maior parte das reclamações são desinteressantes, não acrescentam uma maior valia, e ainda bem que assim é. Quer dizer que as coisas estão a correr relativamente bem, a maior parte das reclamações são do tempo de espera, facturações, pagamentos...

Mas também é verdade que, graças a algumas reclamações que recebemos, em que os clientes manifestam o seu desagrado, já houve sugestões que foram acolhidas e processos alterados. Estamos a investir muito nesta área, com recursos qualificados, para melhorar. Damos valor às reclamações que tocam em temas muito relevantes, estas são vistas de forma positiva e incentivam à reestruturação dos processos.

Também acho que o circuito deva ser melhorado, e tudo o que sejam procedimentos e afins sejam revisitados, porque ninguém pensou que no espaço de tão pouco tempo tenhamos crescido desta forma. E criar equipas de gestão qualificadas, porque para o gabinete jurídico as reclamações dos clientes são importantíssimas, relevantíssimas. Porque se não forem bem tratadas e cuidadas, os clientes saem e não voltam. Ou se vão reclamar a instâncias mais altas, aumenta, não é?

Quando a pessoa está insatisfeita e recebe uma carta, ou uma chamada, ou apenas um conforto sobre a questão, muitas vezes resolve a situação. Quando o circuito falhou, ou não é percorrido da forma correcta, isto não se consegue. Eu continuo a achar que muitas das situações que falham em termos de reclamações têm a ver com uma falha no circuito, que não é respeitado. Acabamos como começamos, lembra-se? Tem tudo início no circuito, quando não é respeitado pelos profissionais: as demoras significativas nas respostas, a quebra no fluxo do circuito, são preocupantes.

Dou-lhe outro exemplo: se um médico ou enfermeiro recebe uma reclamação e não dá o seu conhecimento ao GAC, e envia uma resposta ao cliente, perde-se uma excelente oportunidade para minorar, caso se repita a situação. Ou pior ainda, a mesma reclamação anda a ser tratada por vários sítios ao mesmo tempo, porque o circuito não está a ser respeitado. Já me aconteceu receber a mesma reclamação por 4 vias diferentes: apoio ao cliente, administração, financeira e direcção de enfermagem, sem que uns e outros soubessem que estavam a tratar da mesma reclamação. Isto não pode acontecer! Temos que estar todos unidos para ter uma só resposta, e com consciência sobre a resposta a efectuar. O GAC tem que ser o responsável pela resposta; em conjunto com os restantes áreas, socorrer-se quando precisa do gabinete jurídico e da administração.

Gastamos muito tempo para dar resposta a uma reclamação, são muitas horas, com e-mails, telefonemas, compactar informação. Quando a informação já vem toda associada, gastamos menos tempo. Hoje em dia, poupamos mais tempo a resolver a situação, porque já vem a informação toda compacta, em relação ao início da instituição. Quando isto não acontece, é um gasto de tempo, fica tudo comprometido, não conseguimos melhorar! É preciso respeitar o circuito.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E6**1- Como procede quando recebe uma reclamação, após a filtração da mesma?**

Desde que começámos a funcionar na instituição, que temos um circuito de reclamação. Desde que essas reclamações sejam dos enfermeiros ou de auxiliares, são-me sempre todas remetidas, analiso a reclamação, vejo o que se passou e, caso seja necessário, efectuar medidas correctivas.

Raramente recebo o cliente presencial, só mesmo quando faço coordenação, e caso aconteça algo de muito delicado. São sempre encaminhados para o gabinete de apoio ao cliente. Também recebo reclamações via e-mail, essas são tratadas e enviadas para o gabinete de apoio ao cliente. Caso seja uma situação delicada, e que eu veja que seja necessário chamar o cliente, contacto-o para falar com ele pessoalmente, mas só mesmo em casos muito pontuais, não regra geral.

Em relação às reclamações na instituição, na sua totalidade apenas 1% são de enfermagem, e quando eu digo de enfermagem também já estou a incluir as auxiliares (e nessas são raríssimas). Temos um bom indicador de reclamações para a nossa profissão. Das reclamações que temos, muitas são do AMP, e que estão muitas vezes enviesadas, porque estão associadas aos protocolos que lá existem. Existem protocolos consoante o grau de risco em que o cliente incorre. Ora se uma pessoa está para ser atendida, mas chega uma outra pessoa com um grau de risco maior, o enfermeiro fez tudo correcto! Mas reclamam porque esteve muito tempo à espera e que passaram outros à frente.

Está muito ligado ao procedimento e não ao trabalho efectivo do enfermeiro. São algoritmos que temos: ao ser realizado, dá o carácter de urgência. Se é um indivíduo que foi considerado menos urgente e chega outro urgente, automaticamente passa à frente. A equipa de enfermagem está muitas vezes ligada à reclamação por causa dessas situações.

2- Quais os critérios que utiliza para dar resposta a uma reclamação?

Ora bem, em primeiro lugar consulto sempre o processo do cliente. Depois envio para a enfermeira coordenadora da área, que junto dos profissionais envolvidos vai obter a descrição da situação. É-me devolvida a descrição da situação dos profissionais envolvidos, eu faço o relatório e envio ao gabinete de apoio ao cliente.

Quando o cliente reclama, é sempre com factos menos positivos, porque algo falhou no seu processo dentro da instituição, logo, ele aponta essas falhas e quer que sejam resolvidas.

Mas, que tipo de critérios utiliza quando responde à reclamação, utiliza alguma “chek-list”, algum guião, procedimentos?

Não, não utilizo nenhum guião. Apenas a minha experiência nestes assuntos e muita clareza na resposta. Os “guide-lines” que tenho na minha cabeça, é ser muito objectiva sobre a situação, clareza, e, se houve da nossa parte algo que não tenha sido feito de forma adequada, logo tento sinalizar a situação para que esta não torne a acontecer.

3 - De que forma a reclamação é vista na instituição e por si?

Claramente como uma melhoria de processos. É sempre uma oportunidade para melhorarmos, e já nos têm chegado reclamações que, com base nas mesmas, alteramos processos que não estavam a ser correctamente utilizados, para que este tipo de reclamações não voltasse a acontecer. Por isso é sempre vista de forma a melhorar os serviços prestados.

Sejam reclamações formais, ou apenas as sugestões que os clientes nos deixam. Às vezes, estas sugestões servem também para podermos melhorar ainda mais algo que parecia estar bem e, afinal, não. Logo, tentamos melhorar a situação. Outras reclamações, são sobre situações em que não se pode fazer nada e apenas podemos lamentar a situação do cliente, como os casos do tempo de espera no AMP! Não se pode fazer nada.

Por último, tem noção de em quanto tempo deverá ser respondida uma reclamação?

Sei que existe um tempo limite, mas tento responder com a maior prontidão possível. Umas vezes demoro mais tempo, outras não. Depende da complexidade da reclamação. Tento não passar dos 15 dias.

Existe algo mais que seja pertinente, sobre esta temática, e que queira dar o seu contributo?

Olhe há uma coisa que para mim é importante: é que as organizações têm que olhar para as reclamações como uma oportunidade correctiva, e não só com os olhos de penalizar alguém. Ou seja, sempre que existe algo que é menos bem feito, tentar corrigir os processos.

É óbvio que quando há negligência estamos a entrar para outro campo mais delicado ou dolo, o que não é caso que acontece na maior parte das reclamações e então aí, temos que tomar outras medidas. Mas sempre com intuito de corrigir os processos e tentar chamar a atenção dos profissionais para melhorar a sua contribuição, o seu desempenho, e nunca iniciar logo um processo de penalização.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.

E7**1- Como procede quando recebe uma reclamação, tendo em conta que no seu caso a reclamação já vem filtrada na maioria das vezes?**

Sim, está correcto. Já vêm filtradas, são escritas e por e-mail e, geralmente, são casos em que os profissionais que normalmente tratam das reclamações não conseguem dar-lhe uma resposta. Não é uma reclamação que já tenha sido feita anteriormente ao qual existe uma resposta, não, podemos até dizer que são situações especiais e que necessitam da minha orientação, da minha decisão.

2- Quais os critérios que utiliza para esse tipo de situação, quando é chamado a intervir?

Vamos lá ver, a primeira regra é perceber o que aconteceu ou não, tentar perceber se o cliente tem razão, porque a maior parte das vezes o cliente não tem razão, são reclamações infundadas, temos que separar o trigo do joio.

Agora se a reclamação vem de algum cliente que já é da casa, costuma cá vir, já é cliente habitual, temos que ver também o aspecto financeiro da questão, se fez uma grande cirurgia e reclama por 10 tostões, provavelmente tem razão. Ou, então, se é a primeira vez que vem ao hospital, ou ainda se são daqueles clientes que já temos de estimação, que quando cá vêm reclamam por tudo e por nada, então nestes casos já conseguimos separar, tentar compreender o que se passou, analisar o processo, porque no fim isto é tudo negociado, não é?

Procuramos utilizar consenso nos processos, porque às vezes já são processos em que já são invocados outros intervenientes, já invocou a ERS, a DECO. Cada caso é um caso percebe? O processo é sempre o mesmo, ver o que se passou, tentar compreender quem é a pessoa, ver se tem razão ou não, não tentar escamotear a palavra, senão nunca mais se termina o processo.

Dou-lhe um exemplo, não se passou no seu piso: uma doente internada que já devia ter tido alta, mas ainda não queria sair, escorrega e cai no WC, quando a auxiliar lhe estava a dar banho. A auxiliar refere que foi esta que se atirou para o chão, a senhora era meio desequilibrada e não queria sair do hospital, era o dia da alta!

Percebe? A senhora manifestamente não tinha razão nenhuma, ora tivemos que andar com a senhora para tudo quanto era sítio, e ainda tentou fazer um processo contra o hospital, dissemos-lhe que poderia fazer, mas que não tinha razão. Só para perceber, que apesar de tudo, tentamos sempre dar uma resposta à situação, não é a questão do valor que está em causa, mas sim a verdade do processo, que demorou cerca de 2 anos para encerrar. Tentamos sempre que a instituição seja correcta em todas as situações.

3- Tem noção se são muitas as reclamações que a instituição recebe e que impacto tem na instituição?

É sempre muito desagradável receber reclamações, mesmo a nível estatístico, muitas das vezes se calhar as pessoas nem reclamam, porque não têm paciência. São pessoas zangadas, que vão, por vezes, tentar denegrir a nossa imagem e tentamos ver sempre ambas as situações.

Apesar de achar que não são muitas, são demais, vamos lá ver, podíamos ter menos. Muitas das nossas reclamações têm a ver com o tempo de espera e no AMP, como já deve ter visto. É muito difícil explicar às pessoas que é normal esperar 2 horas numa urgência. É muito difícil explicar isso. Não temos maneira de dar volta a isto.

Temos uma capacidade física instalada que não conseguimos aumentar, logo, se aparecem muitas pessoas, por muito eficientes que sejam os profissionais que lá estiverem, não há volta a dar! Nós já sabemos que as pessoas vão esperar... Se aparecem 30 adultos num instante ou até no espaço de 20 minutos, o último vai esperar muito, não há nada a fazer. Até tem razão, nós damos-lhe razão, mas não posso fazer mais nada, percebe?

Por último, tem noção de em quanto tempo deverá ser respondida uma reclamação?

Vamos ver, cerca de 10 dias. O objectivo é que todas as reclamações sejam respondidas no prazo de 10 dias úteis. Não quer dizer que haja uma ou outra que não possa ter mais dias, mas é para ser respondida em 10 dias. Se houver algum caso clínico, que seja delicado e que carece de mais tempo, envia-se um *report* ao cliente, e caso seja a situação à ERS, a informar que não nos esquecemos mas estamos a tratar profundamente da situação. Esta situação tenta-se fazer sempre, seja ela formal ou não.

Existe algo mais que seja pertinente, sobre esta temática, e que queira dar o seu contributo?

É assim: todas as reclamações, quando são justas, são vistas seguramente como forma de melhorar algo, mais ainda se forem sobre processos. Quando se avisam as pessoas que em termos de segurança os pertences não ficam seguros nos quartos, estas foram avisadas da questão de segurança, logo, vão decidir o que querem fazer. É muito importante avisar as pessoas, dar-lhes informação, ainda mais numa instituição como a nossa, em que as pessoas pagam pelos serviços.

É muito importante fazer um correcto orçamento, informar que a sua estadia está a desviar-se do valor inicial. É muito importante informar, porque pura e simplesmente podem não ter dinheiro para pagar, é tão simples como isto.

Quando as organizações têm medo das reclamações, as coisas não correm muito bem, é inevitável acontecerem coisas mal feitas. É impossível alguém dizer-me que no seu serviço não se passa nada, não tem reclamações! Quando são serviços semelhantes e num diz que tem 0, noutro 100, e noutro 500, provavelmente o 500 tem que ser corrigido, mas o 0 também tem que ser corrigido! Porque algo de muito mau está a acontecer, não acha?

As organizações têm que ser muito abertas, colocar-se no lado de lá dos clientes e perceber se fosse eu o que queria da reclamação? Se não fizermos isto perdemos toda a credibilidade. Claro que temos sempre que utilizar o passado como diapasão para o futuro, encontrar regras, formas de proceder. Normalmente, ao analisar o processo, temos pena da pessoa, é esse o normal.

Mas temos que ser responsáveis, não ficar dramatizados a olhar para os casos, temos que nos segurar, ou seja, fazermos seguros, para serem accionados caso haja situações que assim o exijam. Penso que já tenha dito tudo que é pertinente para este tipo de situações.

Entrev.: Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista.